



SEPTEMBER 2021  
AUSGABE **3**

GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES  
GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS

# Journal of Health Monitoring

**Gesundheitliche Lage der erwachsenen  
Bevölkerung in Deutschland –  
Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS**

## Gesundheitliche Lage der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS

---

- 3 *Focus* Gesundheitliche Lage von Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse zu ausgewählten Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020-EHIS
- 28 *Focus* Gesundheitsfördernde Verhaltensweisen bei Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS
- 49 *Focus* Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS
- 72 *Concepts & Methods* Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS) – Hintergrund und Methodik
- 88 *Supplement* Fragebogen zur Studie Gesundheit in Deutschland aktuell: GEDA 2019/2020-EHIS

Journal of Health Monitoring · 2021 6(3)  
DOI 10.25646/8456  
Robert Koch-Institut, Berlin

Christin Heidemann, Christa Scheidt-Nave,  
Ann-Kristin Beyer, Jens Baumert,  
Roma Thamm, Birga Maier,  
Hannelore Neuhauser, Judith Fuchs,  
Ronny Kuhnert, Ulfert Hapke

Robert Koch-Institut, Berlin  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheits-  
monitoring

Eingereicht: 06.05.2021  
Akzeptiert: 09.08.2021  
Veröffentlicht: 15.09.2021

# Gesundheitliche Lage von Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse zu ausgewählten Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020-EHIS

## Abstract

Dieser Beitrag betrachtet auf Basis der bundesweiten Befragungsstudie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS), die zwischen April 2019 und September 2020 durchgeführt wurde, ausgewählte Indikatoren der gesundheitlichen Lage der erwachsenen Bevölkerung ab 18 Jahren ( $n=22.708$ ). Dazu zählen Indikatoren zum selbsteingeschätzten Gesundheitszustand, zur depressiven Symptomatik sowie zu körperlichen chronischen Krankheiten und Beschwerden. Im jungen Erwachsenenalter (18–44 Jahre) berichten über 80% eine gute oder sehr gute subjektive Gesundheit. In dieser Lebensphase liegen die meisten chronischen Krankheiten und Beschwerden selten vor, jedoch treten häufig Allergien sowie nicht selten Asthma bronchiale und eine depressive Symptomatik auf. Ab dem mittleren Erwachsenenalter (ab 45 Jahren) zeigt sich ein schrittweiser Prävalenzanstieg chronischer Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen und Arthrose bis in das hohe Erwachsenenalter. Über 60% der älteren Erwachsenen (ab 65 Jahren) geben eine chronische Krankheit oder ein lang andauerndes gesundheitliches Problem an, nur noch die Hälfte berichtet eine gute oder sehr gute subjektive Gesundheit. Allergien und depressive Symptome sind in dieser Lebensphase rückläufig. Bei einigen Krankheiten zeigen sich zudem Unterschiede nach Geschlecht und Bildung. Der Beitrag belegt die hohe Public-Health-Relevanz altersassoziierter körperlicher chronischer Erkrankungen und gesundheitsbedingter Einschränkungen im Alltag in einer Gesellschaft des demografischen Wandels, aber auch den Versorgungsbedarf einiger Gesundheitsprobleme bereits im jungen Erwachsenenalter.

◆ SUBJEKTIVE GESUNDHEIT · DEPRESSIVE SYMPTOMATIK · CHRONISCHE KRANKHEITEN · GESUNDHEITSMONITORING

## 1. Einleitung

Als bevölkerungsrepräsentative Gesundheitsbefragung bei Erwachsenen in Deutschland bildet die Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) ein wesentliches Standbein des kontinuierlichen Gesundheitsmonitorings am Robert

Koch-Institut (RKI) [1]. Seit 2014/2015 ist der Fragebogen des europäischen Gesundheitssurveys (European Health Interview Survey, EHIS), der alle fünf Jahre zur Bestandsaufnahme der gesundheitlichen Lage in der Bevölkerung ab 15 Jahren durchgeführt wird, in GEDA integriert [2]. Der inhaltliche Fokus der GEDA-Studie zu Gesundheitsproblemen und

## GEDA 2019/2020-EHIS

Fünfte Folgerhebung der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell

**Datenhalter:** Robert Koch-Institut

**Ziele:** Bereitstellung zuverlässiger Informationen über den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Deutschland, mit Möglichkeit zum europäischen Vergleich

**Studiendesign:** Telefonische Querschnitterhebung

**Grundgesamtheit:** Deutschsprachige Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten, die über Festnetz oder Mobilfunk erreichbar sind

**Stichprobenziehung:** Zufallsstichprobe von Festnetz- und Mobilfunknummern (Dual-Frame-Verfahren) aus dem Stichprobensystem des ADM (Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e. V.)

**Stichprobenumfang:** 23.001 Teilnehmende

**Datenerhebungszeitraum:** April 2019 bis September 2020

### GEDA-Erhebungswellen:

- ▶ GEDA 2009
- ▶ GEDA 2010
- ▶ GEDA 2012
- ▶ GEDA 2014/2015-EHIS
- ▶ GEDA 2019/2020-EHIS

Mehr Informationen unter [www.geda-studie.de](http://www.geda-studie.de)

Krankheiten liegt auf dem selbsteingeschätzten allgemeinen Gesundheitszustand, Gesundheitsbeschwerden und dadurch bedingten Einschränkungen im Alltag sowie der psychischen Gesundheit und häufigen nichtübertragbaren Krankheiten. Hintergrund ist, dass chronische Beschwerden und nichtübertragbare Krankheiten sowie ihre Risikofaktoren das Krankheits- und Sterbe geschehen in den europäischen Staaten dominieren und mit der fortbestehenden Bedrohung durch Infektionskrankheiten interagieren [3]. So hat die weite Verbreitung von nichtübertragbaren Krankheiten sowie von Multimorbidität und Gebrechlichkeit in der Bevölkerung schwerwiegende gesundheitliche Folgen der aktuellen COVID-19-Pandemie weltweit entscheidend mitgeprägt [4, 5]. Umgekehrt ist nicht auszuschließen, dass im Gefolge der Pandemie chronische gesundheitliche Einschränkungen auf Bevölkerungsebene zunehmen. Komplikationen von SARS-CoV-2-Infektionen könnten hierbei ebenso eine Rolle spielen wie indirekte gesundheitliche Auswirkungen der Pandemie durch Kontaktbeschränkungen und andere nicht-pharmazeutische Infektionsschutzmaßnahmen [6–8]. Dies bestärkt Forderungen internationaler Gesundheitsorganisationen nach einer gezielten Gesundheitsüberwachung (Surveillance) zur Prävention und Eindämmung nichtübertragbarer Krankheiten und zur Förderung von körperlicher und psychischer Gesundheit auf nationaler und globaler Ebene [9, 10].

Der standardisierte und auf europäischer Ebene konsentiierte EHIS-Fragebogen umfasst insgesamt vier Module zur Erfassung von Gesundheitsstatus, Gesundheitsdeterminanten, Gesundheitsversorgung und Soziodemografie [2]. Drei zentrale Kennzahlen (Indikatoren)

des Gesundheitsstatus bilden das Minimum European Health Module (MEHM): Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes (subjektive Gesundheit), Vorliegen chronischer Krankheiten oder lang andauernder Gesundheitsprobleme und Vorliegen gesundheitsbedingter Einschränkungen bei der Ausübung von Alltagsaktivitäten [11]. Über die in GEDA erhobenen Informationen können weitere Indikatoren erfasst werden, darunter einzelne chronische Krankheiten, Unfälle und Verletzungen, depressive Symptomatik und verschiedene funktionelle Aspekte der Gesundheit wie Schmerzen, Mobilitätseinschränkungen und Unterstützungsbedarf bei Aktivitäten im Alltag [2].

Basierend auf Befragungsdaten von GEDA 2019/2020-EHIS gibt der vorliegende Beitrag anhand ausgewählter Indikatoren eine erste Übersicht zur aktuellen Gesundheit von Erwachsenen in Deutschland. Die Datenerhebung fand zwischen April 2019 und September 2020 statt und schließt daher den Zeitraum der durch die COVID-19-Pandemie bedingten Phase massiver Kontaktbeschränkungen zwischen Mitte März und Anfang Juni 2020 ein. Ziel des Beitrages ist jedoch die Einschätzung der gesundheitlichen Lage über den gesamten Erhebungszeitraum. Dabei werden Ergebnisse zu den oben genannten Indikatoren des Gesundheitsstatus, zu chronischen nichtübertragbaren Krankheiten von besonderer Public-Health-Relevanz und zur depressiven Symptomatik als Indikator der psychischen Gesundheit differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht betrachtet, um Gesundheit in verschiedenen Lebensphasen des Erwachsenenalters abzubilden. Im Hinblick auf gesundheitliche Ungleichheiten werden Unterschiede nach Bildung berichtet.

## 2. Methode

### 2.1 Studiendesign und Stichprobe

GEDA ist eine Querschnittbefragung, die auf einer bundesweiten Stichprobe der in Deutschland lebenden Wohnbevölkerung basiert. Die GEDA-Studie wird seit 2008 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit vom RKI in mehrjährigen Abständen durchgeführt und ist ein Bestandteil des Gesundheitsmonitorings am RKI [1, 12]. Die fünfte Folgeerhebung, GEDA 2019/2020-EHIS, fand zwischen April 2019 und September 2020 statt. Wie bereits in der Welle 2014/2015 wurde der Fragebogen des EHIS vollständig integriert [2, 13]. Die aktuelle GEDA-Welle wurde als telefonische Befragung mittels eines programmierten, vollstrukturierten Fragebogens durchgeführt (Computer Assisted Telephone Interview, CATI). Sie basiert auf einer Zufallsstichprobe von Festnetz- und Mobilfunknummern (Dual-Frame-Verfahren) [14]. Die Grundgesamtheit umfasst die in privaten Haushalten lebende Bevölkerung ab 15 Jahren, deren üblicher Aufenthaltsort zum Zeitpunkt der Datenerhebung in Deutschland liegt. Insgesamt haben 23.001 Personen mit vollständigen Interviews an der Studie GEDA 2019/2020-EHIS teilgenommen. Zur Beschreibung von Geschlechterunterschieden wurde in GEDA 2019/2020-EHIS die Geschlechtsidentität verwendet. Die Befragten konnten angeben, welchem Geschlecht sie sich zugehörig fühlen. Unter den Befragten ab 15 Jahren waren 12.101 Frauen und 10.838 Männer. 62 Befragte gaben eine andere Geschlechtsidentität an oder machten keine Angaben. In den Auswertungen nach Geschlecht werden diese Personen nicht ausgewiesen. Die Responserate betrug nach den Standards der American Association for Public Opinion Research

(AAPOR) 21,6% (RR3) [15]. Eine ausführliche Darstellung der Methodik sowie Einordnung der Responserate von GEDA 2019/2020-EHIS findet sich bei [Allen et al.](#) in dieser Ausgabe des Journal of Health Monitoring [16].

### 2.2 Indikatoren

#### Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand

Zum Gesundheitszustand wurden drei Indikatoren als Bestandteil des MEHM und zentraler Bestandteil aller landesweiten Surveys zur Gesundheit in der Europäischen Union erhoben [11, 17]. Der Indikator zur subjektiven Gesundheit wird mit folgender Frage zum selbsteingeschätzten allgemeinen Gesundheitszustand entsprechend einer Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erfasst: „Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?“. Die Befragten wurden gebeten, eine von fünf vorgegebenen Antwortmöglichkeiten auszuwählen: „sehr gut“, „gut“, „mittelmäßig“, „schlecht“ oder „sehr schlecht“. Eine Angabe von „sehr gut“ oder „gut“ wird im Rahmen des bundesweiten Gesundheitsmonitorings als positive Einschätzung der subjektiven Gesundheit definiert. Der Indikator zum Vorliegen einer chronischen Krankheit oder eines lang andauernden gesundheitlichen Problems wurde über die folgende Frage erhoben: „Haben Sie eine chronische Krankheit oder ein lang andauerndes gesundheitliches Problem? Damit gemeint sind Krankheiten oder gesundheitliche Probleme, die mindestens 6 Monate andauern oder voraussichtlich andauern werden“. Antwortmöglichkeiten umfassen „ja“, „nein“ oder „weiß nicht“. Der Indikator zum Vorliegen einer lang andauernden gesundheitsbedingten Einschränkung bei alltäglichen Aktivitäten (Global Activity

Limitation Indicator, GALI) wurde über eine zweistufige Variante erfasst. Die Eingangsfrage lautete: „Sind Sie durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt? Würden Sie sagen, Sie sind...“ mit den Antwortmöglichkeiten „... stark eingeschränkt“, „... mäßig eingeschränkt“ und „... nicht eingeschränkt“. Befragte, die eine der beiden ersten Antwortmöglichkeiten angaben, wurden weiterhin gefragt: „Wie lange dauern Ihre Einschränkungen bereits an?“. Antwortmöglichkeiten waren „Weniger als 6 Monate“ und „6 Monate oder länger“.

### Depressive Symptomatik

Als Indikator für psychische Gesundheit wurde das Vorliegen einer depressiven Symptomatik in den letzten zwei Wochen herangezogen, die durch Selbstangabe der Teilnehmenden mit dem international etablierten 8-Item Patient Health Questionnaire (PHQ-8) erfasst wurde [18]. Durch dieses Instrument werden die Symptome einer Major Depression in Anlehnung an das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV, 4. Auflage [19]) hinsichtlich ihres Vorkommens innerhalb der letzten zwei Wochen mit „überhaupt nicht“, „an einzelnen Tagen“, „an mehr als der Hälfte der Tage“ oder „beinahe jeden Tag“ bewertet. Das Vorliegen einer depressiven Symptomatik wird ab einem Skalensummenwert von mindestens zehn der maximal 24 Punkte angenommen.

### Körperliche chronische Krankheiten und Beschwerden

Die 12-Monats-Prävalenzen von chronischen Krankheiten und Gesundheitsbeschwerden basieren auf den Angaben der Befragten zu folgender Fragestellung: „Es geht nun um

dauerhafte Krankheiten und chronische Gesundheitsprobleme. Bitte berücksichtigen Sie dabei keine vorübergehenden gesundheitlichen Probleme. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine der folgenden Krankheiten oder Beschwerden?“ In einer im Fragebogen nachgeschalteten Liste wurde spezifisch nach einzelnen Erkrankungen und Beschwerden gefragt, wobei jeweils „ja“, „nein“ oder „weiß nicht“ als Antwortmöglichkeiten vorgegeben waren. Für den vorliegenden Beitrag berücksichtigt wurden Informationen zu Diabetes mellitus (erfragt als „Zuckerkrankheit/Diabetes, kein Schwangerschaftsdiabetes“), koronarer Herzkrankheit (KHK, erfragt als „Herzinfarkt“, „chronische Beschwerden infolge eines Herzinfarkts“ und „Koronare Herzerkrankung oder Angina Pectoris“), Schlaganfall oder chronischen Beschwerden infolge eines Schlaganfalls (erfragt als „Schlaganfall“ und „chronische Beschwerden infolge eines Schlaganfalls“), chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD, erfragt als „chronische Bronchitis, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Lungenemphysem“), Asthma bronchiale (erfragt als „Asthma, einschließlich allergischem Asthma“), Allergien (erfragt als „Allergien, wie Heuschnupfen, allergische Reaktionen der Augen oder der Haut, Lebensmittelallergien oder andere Allergien. Nicht gemeint ist allergisches Asthma“) und Arthrose (erfragt als „Arthrose, nicht gemeint ist Arthritis bzw. Gelenkentzündung“).

### 2.3 Statistische Auswertungen

Die Analysen basieren auf Daten von 22.708 Teilnehmenden im Alter von 18 bis 99 Jahren. Unter den Befragten waren 11.959 Frauen, 10.687 Männer und 62 Befragte, die eine andere oder keine Geschlechtsidentität angaben. Je

**Die subjektive Gesundheit wird mit zunehmendem Alter schlechter eingeschätzt und wird bei Frauen seltener als bei Männern mit sehr gut oder gut bewertet.**

Indikator werden Teilnehmende ohne Angaben für die dem Indikator zugrunde liegenden Variablen von den Analysen ausgeschlossen (12 bei subjektiver Gesundheit, 69 bei chronischer Krankheit/lang andauerndem gesundheitlichen Problem, 57 bei lang andauernder gesundheitsbedingter Einschränkung bei alltäglichen Aktivitäten, 447 bei depressiver Symptomatik, 34 bei Diabetes, 122 bei KHK, 16 bei Schlaganfall/chronischen Beschwerden infolge eines Schlaganfalls, 26 bei Asthma bronchiale, 42 bei COPD, 85 bei Allergien und 159 bei Arthrose). Die Ergebnisse werden als Prävalenz in Prozent mit 95%-Konfidenzintervall (95%-KI) für Frauen und Männer getrennt nach Altersgruppe (18–29 Jahre, 30–44 Jahre, 45–64 Jahre, 65–79 Jahre und  $\geq 80$  Jahre) und nach Bildungsstatus (Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen, ISCED: untere, mittlere, obere Bildungsgruppe) dargestellt.

Um Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur zu korrigieren, wurden die Analysen mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt. Im Rahmen der Datengewichtung erfolgte zunächst eine Designgewichtung für die unterschiedlichen Auswahlwahrscheinlichkeiten (Mobilfunk und Festnetz). Anschließend erfolgte eine Anpassung an die amtlichen Bevölkerungszahlen bezogen auf Alter, Geschlecht, Bundesland und Kreistyp (Stand: 31.12.2019). Zusätzlich wurde die Stichprobe an die Bildungsverteilung im Mikrozensus 2017 nach der ISCED-Klassifikation angepasst [20].

Die Analysen wurden mit SAS 9.4 durchgeführt. Um die Gewichtung angemessen bei der Berechnung von Konfidenzintervallen und p-Werten zu berücksichtigen, wurden alle Analysen mit den Surveyprozeduren von SAS berechnet. Es wird von einem statistisch signifikanten Unterschied

zwischen Gruppen ausgegangen, wenn der entsprechende p-Wert im „Rao-Scott Chi-Square“-Test kleiner als 0,05 ist.

### 3. Ergebnisse

#### 3.1 Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand

Die subjektive Gesundheit wird von 69,9% (95%-KI 69,0%–70,9%) der Teilnehmenden selbst als sehr gut oder gut eingeschätzt, wobei Frauen mit insgesamt 68,6% einen etwas geringeren Anteil aufweisen als Männer mit 71,6%. Von beiden Geschlechtern wird die Gesundheit mit zunehmendem Alter deutlich schlechter eingeschätzt (Tabelle 1). So schätzen in der jüngsten Altersgruppe (18–29 Jahre) 87,2% der Frauen und 88,3% der Männer und in der höchsten Altersgruppe (ab 80 Jahren) 42,5% der Frauen und 52,6% der Männer ihre Gesundheit als sehr gut oder gut ein.

Das Vorliegen einer chronischen Krankheit oder eines lang andauernden gesundheitlichen Problems wird insgesamt von 49,2% (95%-KI 48,2%–50,2%) der Teilnehmenden angegeben; bei Frauen liegt dieser Anteil mit 51,9% etwas höher als bei Männern mit 46,4%. Die Häufigkeit steigt mit zunehmendem Alter von 33,8% bei Frauen und 25,8% bei Männern in der jüngsten Altersgruppe auf 61,9% bei Frauen und 62,0% bei Männern in der höchsten Altersgruppe.

Lang andauernde gesundheitsbedingte Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten geben insgesamt 33,4% (95%-KI 32,4%–34,4%) der Teilnehmenden an. Die Prävalenz liegt bei Frauen mit 35,5% höher als bei Männern mit 31,0%. Ein deutlicher Anstieg in der Prävalenz gesundheitsbedingter Einschränkungen ist mit zunehmendem Alter zu erkennen.

**Tabelle 1**  
**Prävalenz einer als sehr gut oder gut eingeschätzten subjektiven Gesundheit (n=11.953 Frauen, n=10.681 Männer), einer chronischen Krankheit oder eines lang andauernden gesundheitlichen Problems (n=11.916 Frauen, n=10.662 Männer) und einer lang andauernden gesundheitsbedingten Einschränkung bei alltäglichen Aktivitäten (n=11.929 Frauen, n=10.664 Männer) nach Geschlecht, Alter und Bildungsstatus**  
 Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

	Subjektive Gesundheit (sehr gut oder gut)		Chronische Krankheit oder gesundheitliches Problem (mindestens sechs Monate)		Gesundheitsbedingte Einschränkung bei alltäglichen Aktivitäten (stark oder mäßig, mindestens sechs Monate)	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
<b>Frauen (gesamt)</b>	<b>68,6</b>	<b>(67,2–69,9)</b>	<b>51,9</b>	<b>(50,6–53,3)</b>	<b>35,5</b>	<b>(34,2–36,9)</b>
<b>Altersgruppe</b>						
18–29 Jahre	87,2	(83,5–90,1)	33,8	(29,8–38,0)	16,8	(13,7–20,5)
30–44 Jahre	82,9	(80,1–85,3)	40,9	(37,8–44,0)	21,3	(18,7–24,2)
45–64 Jahre	66,0	(63,9–68,1)	58,6	(56,6–60,6)	39,2	(37,2–41,3)
65–79 Jahre	55,3	(52,6–57,9)	61,9	(59,4–64,5)	46,1	(43,5–48,8)
≥80 Jahre	42,5	(37,9–47,3)	61,9	(57,0–66,6)	63,2	(58,5–67,7)
<b>Bildungsstatus</b>						
Untere Bildungsgruppe	53,5	(49,5–57,5)	56,1	(52,0–60,1)	47,3	(43,3–51,3)
Mittlere Bildungsgruppe	69,1	(67,5–70,7)	53,0	(51,3–54,7)	35,3	(33,7–37,0)
Obere Bildungsgruppe	82,1	(80,6–83,4)	45,2	(43,3–47,1)	24,5	(23,0–26,1)
<b>Männer (gesamt)</b>	<b>71,6</b>	<b>(70,2–72,9)</b>	<b>46,4</b>	<b>(44,9–47,8)</b>	<b>31,0</b>	<b>(29,7–32,4)</b>
<b>Altersgruppe</b>						
18–29 Jahre	88,3	(85,2–90,8)	25,8	(22,6–29,2)	10,5	(8,4–13,1)
30–44 Jahre	84,0	(81,2–86,4)	34,6	(31,6–37,8)	18,5	(16,0–21,3)
45–64 Jahre	65,2	(62,8–67,5)	53,1	(50,8–55,4)	38,8	(36,5–41,3)
65–79 Jahre	57,7	(54,6–60,8)	63,8	(60,9–66,7)	42,9	(39,9–46,0)
≥80 Jahre	52,6	(47,1–58,0)	62,0	(56,6–67,1)	58,1	(52,6–63,4)
<b>Bildungsstatus</b>						
Untere Bildungsgruppe	63,8	(58,5–68,8)	49,1	(43,8–54,4)	39,4	(34,2–44,8)
Mittlere Bildungsgruppe	68,3	(66,4–70,2)	48,0	(46,0–50,1)	33,3	(31,4–35,3)
Obere Bildungsgruppe	81,2	(80,0–82,3)	42,3	(40,8–43,9)	23,1	(21,9–24,5)

KI = Konfidenzintervall

Diese beträgt in der jüngsten Altersgruppe 16,8% bei Frauen und 10,5% bei Männern und in der höchsten Altersgruppe 63,2% bei Frauen und 58,1% bei Männern.

Für alle drei Indikatoren zeigt sich insbesondere bei Frauen ein ausgeprägter Bildungsgradient mit einer niedrigeren Prävalenz einer als sehr gut oder gut eingeschätzten subjektiven Gesundheit und höheren Prävalenzen für das Vorliegen einer chronischen Krankheit oder eines lang

andauernden gesundheitlichen Problems sowie einer lang andauernden gesundheitsbedingten Alltagseinschränkung in der unteren im Vergleich zur oberen Bildungsgruppe. Ein solches Muster bleibt über die Altersgruppen hinweg weitgehend bestehen ([Annex Tabelle 1](#)).

## Eine depressive Symptomatik besteht häufiger im jungen und mittleren Erwachsenenalter.

**Tabelle 2**  
Prävalenz der depressiven Symptomatik in den letzten zwei Wochen gemäß PHQ-8 nach Geschlecht, Alter und Bildungsstatus (n=11.703 Frauen, n=10.503 Männer)

Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

### 3.2 Depressive Symptomatik

Eine depressive Symptomatik innerhalb der letzten zwei Wochen berichten 8,3 % (95 %-KI 7,7 %–9,0 %) der Erwachsenen in Deutschland. Bei den Frauen sind 8,8 % betroffen, bei den Männern 7,5 % (Tabelle 2). In der Altersgruppe der jungen Erwachsenen bis 29 Jahre sind tendenziell mehr Frauen betroffen. Depressive Symptome werden in der Altersgruppe von 65 bis 79 Jahren am seltensten

	Depressive Symptomatik (in den letzten zwei Wochen)	
	%	(95 %-KI)
<b>Frauen (gesamt)</b>	<b>8,8</b>	<b>(8,0–9,7)</b>
<b>Altersgruppe</b>		
18–29 Jahre	11,6	(8,8–15,1)
30–44 Jahre	8,7	(6,8–10,9)
45–64 Jahre	10,2	(8,8–11,7)
65–79 Jahre	5,0	(3,9–6,3)
≥ 80 Jahre	7,3	(4,9–10,7)
<b>Bildungsstatus</b>		
Untere Bildungsgruppe	13,0	(10,4–16,1)
Mittlere Bildungsgruppe	8,5	(7,4–9,6)
Obere Bildungsgruppe	5,7	(4,8–6,8)
<b>Männer (gesamt)</b>	<b>7,5</b>	<b>(6,7–8,5)</b>
<b>Altersgruppe</b>		
18–29 Jahre	7,3	(5,3–10,0)
30–44 Jahre	7,3	(5,5–9,5)
45–64 Jahre	9,6	(8,0–11,5)
65–79 Jahre	4,4	(3,1–6,3)
≥ 80 Jahre	5,8	(3,8–8,7)
<b>Bildungsstatus</b>		
Untere Bildungsgruppe	13,4	(9,9–17,9)
Mittlere Bildungsgruppe	8,4	(7,1–9,8)
Obere Bildungsgruppe	3,4	(2,8–4,0)

KI=Konfidenzintervall, PHQ-8=8-Item Patient Health Questionnaire

berichtet. Bei Frauen und Männern nimmt die Häufigkeit depressiver Symptome mit steigender Bildung ab. Im Vergleich zur oberen Bildungsgruppe sind bei den Frauen der unteren Bildungsgruppe knapp dreimal so viele und bei den Männern viermal so viele Personen von einer depressiven Symptomatik betroffen. Bei der Betrachtung der depressiven Symptomatik nach Alters- und Bildungsgruppe (Annex Tabelle 2) zeigt sich, dass die Geschlechterunterschiede mit steigendem Alter und bei höherer Bildung geringer sind.

### 3.3 Körperliche chronische Krankheiten und Beschwerden

#### Kardiometabolische Erkrankungen

Das Vorliegen eines bekannten Diabetes mellitus (ohne Schwangerschaftsdiabetes) in den letzten zwölf Monaten wird von insgesamt 8,9 % (95 %-KI 8,4 %–9,5 %) der Erwachsenen angegeben, wobei die Prävalenz bei Frauen mit 8,2 % niedriger ist als bei Männern mit 9,6 % (Tabelle 3). Im jungen Erwachsenenalter (bis 44 Jahre) liegt die Prävalenz bei beiden Geschlechtern noch unter 3,5 %, steigt danach mit dem Lebensalter stark an und beträgt in der höchsten Altersgruppe 17,9 % bei den Frauen und 22,3 % bei den Männern.

Das Bestehen einer KHK (d. h. eines Herzinfarktes, chronischer Beschwerden infolge eines Herzinfarktes, einer koronaren Herzerkrankung oder einer Angina pectoris) in den letzten zwölf Monaten berichten insgesamt 5,8 % (95 %-KI 5,4 %–6,3 %) der Erwachsenen, wobei auch hier die Prävalenz bei Frauen mit 5,1 % niedriger ist als bei Männern mit 6,6 %. Eine KHK ist mit unter 1 % bei beiden Geschlechtern im jungen Erwachsenenalter selten und

**Die Prävalenzen von Diabetes, koronarer Herzkrankheit, Schlaganfall und seiner Folgebeschwerden sowie der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung steigen ab dem mittleren bis ins hohe Erwachsenenalter deutlich an und sind bei Frauen niedriger oder ähnlich im Vergleich zu Männern.**

steigt mit dem Lebensalter stark an bis auf 18,9 % bei den Frauen und 21,9 % bei den Männern der höchsten Altersgruppe.

Einen Schlaganfall oder chronische Beschwerden infolge eines Schlaganfalls in den letzten zwölf Monaten geben insgesamt 2,3 % (95 %-KI 2,0 %–2,6 %) der Erwachsenen an; hierbei zeigen sich ähnliche Prävalenzen bei Frauen mit 2,1 % und Männern mit 2,3 %. Im jungen Erwachsenenalter liegt die Prävalenz bei beiden Geschlechtern noch unter

1 % und steigt dann an bis auf 5,5 % bei Frauen im Alter ab 80 Jahren und auf 6,2 % bei Männern bereits im Alter von 65 bis 79 Jahren.

Für die betrachteten kardiometabolischen Erkrankungen ist bei Frauen ein deutlicher Bildungsgradient mit etwa zweifach höheren Prävalenzen in der mittleren Bildungsgruppe und etwa dreifach höheren Prävalenzen in der unteren Bildungsgruppe im Vergleich zur oberen Bildungsgruppe zu beobachten. Dagegen liegen bei Männern zwar

	Diabetes		Koronare Herzkrankheit		Schlaganfall	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
<b>Frauen (gesamt)</b>	<b>8,2</b>	<b>(7,5–9,1)</b>	<b>5,1</b>	<b>(4,5–5,7)</b>	<b>2,1</b>	<b>(1,7–2,6)</b>
<b>Altersgruppe</b>						
18–29 Jahre	0,8 <sup>1</sup>	(0,2–2,6)				
30–44 Jahre	3,2	(2,1–4,9)	0,8 <sup>2</sup>	(0,5–1,4)	0,6 <sup>2</sup>	(0,2–1,4)
45–64 Jahre	7,1	(6,0–8,3)	3,6	(2,7–4,6)	1,9	(1,3–2,7)
65–79 Jahre	17,0	(15,0–19,3)	9,2	(7,8–10,9)	3,9	(3,0–5,0)
≥80 Jahre	17,9	(14,4–22,0)	18,9	(15,3–23,1)	5,5	(3,6–8,5)
<b>Bildungsstatus</b>						
Untere Bildungsgruppe	13,5	(11,0–16,4)	9,8	(7,7–12,4)	3,9	(2,6–5,8)
Mittlere Bildungsgruppe	7,9	(7,1–8,8)	4,3	(3,7–5,0)	1,9	(1,5–2,5)
Obere Bildungsgruppe	3,9	(3,4–4,5)	2,3	(1,9–2,8)	0,9	(0,7–1,2)
<b>Männer (gesamt)</b>	<b>9,6</b>	<b>(8,8–10,5)</b>	<b>6,6</b>	<b>(5,9–7,4)</b>	<b>2,3</b>	<b>(1,9–2,8)</b>
<b>Altersgruppe</b>						
18–29 Jahre	0,6	(0,3–1,2)				
30–44 Jahre	2,7	(1,7–4,3)	0,4 <sup>2</sup>	(0,2–0,8)	0,1 <sup>1,2</sup>	(0,0–0,4)
45–64 Jahre	11,2	(9,7–13,0)	6,4	(5,2–7,7)	2,4	(1,7–3,2)
65–79 Jahre	20,0	(17,7–22,5)	16,5	(14,2–19,1)	6,2	(4,7–8,0)
≥80 Jahre	22,3	(18,1–27,2)	21,9	(17,7–26,8)	5,9	(3,9–8,8)
<b>Bildungsstatus</b>						
Untere Bildungsgruppe	8,8	(6,2–12,3)	6,5	(4,3–9,6)	2,1	(0,9–4,7)
Mittlere Bildungsgruppe	10,8	(9,7–12,2)	7,1	(6,1–8,2)	2,6	(2,1–3,3)
Obere Bildungsgruppe	7,6	(6,9–8,3)	5,8	(5,2–6,5)	1,8	(1,4–2,2)

KI = Konfidenzintervall

<sup>1</sup> Fallzahl beträgt  $n < 10$

<sup>2</sup> Schätzer bezieht sich auf die Altersgruppe 18–44 Jahre

**Tabelle 3**  
**12-Monats-Prävalenz für Diabetes**  
**(n=11.942 Frauen, n=10.671 Männer),**  
**koronare Herzkrankheit**  
**(n=11.904 Frauen, n=10.621 Männer)**  
**und Schlaganfall beziehungsweise**  
**Beschwerden infolge eines Schlaganfalls**  
**(n=11.953 Frauen, n=10.678 Männer)**  
**nach Geschlecht, Alter und Bildungsstatus**

Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

**Die Prävalenz von Asthma unterscheidet sich im Altersgang nicht, während die Prävalenz von Allergien im jungen und mittleren Erwachsenenalter am höchsten ist; beide chronischen Beschwerden sind bei Frauen häufiger als bei Männern.**

**Tabelle 4**  
12-Monats-Prävalenz für  
chronisch obstruktive Lungenerkrankung  
(n=11.940 Frauen, n=10.665 Männer)  
und Asthma bronchiale  
(n=11.946 Frauen, n=10.675 Männer)  
nach Geschlecht, Alter und Bildungsstatus  
Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

ebenfalls die geringsten Prävalenzen in der oberen Bildungsgruppe vor, die Unterschiede zwischen der oberen Bildungsgruppe und der mittleren beziehungsweise unteren Bildungsgruppe sind jedoch wesentlich schwächer ausgeprägt und zum Teil statistisch nicht signifikant.

#### Erkrankungen der unteren Atemwege

Eine bekannte COPD in den letzten zwölf Monaten wird von insgesamt 6,1 % (95 %-KI 5,6 %–6,7 %) der Erwachsenen

	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung		Asthma bronchiale	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
<b>Frauen (gesamt)</b>	<b>6,5</b>	<b>(5,8–7,2)</b>	<b>9,1</b>	<b>(8,3–9,9)</b>
<b>Altersgruppe</b>				
18–29 Jahre	1,2	(0,5–2,6)	7,4	(5,5–9,9)
30–44 Jahre	3,9	(2,6–5,8)	8,5	(6,9–10,6)
45–64 Jahre	7,7	(6,5–9,0)	10,7	(9,4–12,1)
65–79 Jahre	9,0	(7,7–10,6)	8,6	(7,3–10,0)
≥ 80 Jahre	10,9	(8,1–14,6)	7,9	(5,6–11,0)
<b>Bildungsstatus</b>				
Untere Bildungsgruppe	9,4	(7,3–12,1)	10,0	(7,9–12,6)
Mittlere Bildungsgruppe	6,4	(5,6–7,3)	9,0	(8,1–10,1)
Obere Bildungsgruppe	3,4	(2,9–4,0)	8,1	(7,1–9,1)
<b>Männer (gesamt)</b>	<b>5,8</b>	<b>(5,1–6,6)</b>	<b>7,0</b>	<b>(6,3–7,7)</b>
<b>Altersgruppe</b>				
18–29 Jahre	1,5	(0,8–2,9)	6,5	(4,9–8,5)
30–44 Jahre	2,4	(1,5–3,7)	6,7	(5,4–8,3)
45–64 Jahre	7,5	(6,1–9,1)	7,2	(6,0–8,7)
65–79 Jahre	10,4	(8,4–12,7)	7,4	(5,9–9,1)
≥ 80 Jahre	9,4	(6,7–13,0)	6,7	(4,5–10,0)
<b>Bildungsstatus</b>				
Untere Bildungsgruppe	8,6	(6,0–12,4)	7,3	(5,0–10,5)
Mittlere Bildungsgruppe	6,4	(5,4–7,5)	7,4	(6,4–8,6)
Obere Bildungsgruppe	3,5	(3,1–4,1)	6,1	(5,4–6,9)

KI=Konfidenzintervall

berichtet. Es zeigen sich ähnliche Prävalenzen bei Frauen (6,5 %) und Männern (5,8 %) (Tabelle 4). Die COPD-Prävalenz steigt mit dem Lebensalter von unter 2 % bei beiden Geschlechtern im Alter von 18 bis 29 Jahren bis auf 10,9 % bei Frauen im Alter ab 80 Jahren und 10,4 % bei Männern im Alter von 65 bis 79 Jahren an. Bei beiden Geschlechtern sind deutliche Bildungsunterschiede zu beobachten mit höheren Prävalenzen in der unteren und mittleren Bildungsgruppe im Vergleich zur oberen Bildungsgruppe.

Das Bestehen eines Asthma bronchiale (einschließlich eines allergischen Asthmas) in den letzten zwölf Monaten geben insgesamt 8,0 % (95 %-KI 7,5 %–8,6 %) der Erwachsenen an, wobei Frauen mit 9,1 % häufiger als Männer mit 7,0 % betroffen sind. Die Prävalenz liegt über alle Altersgruppen hinweg bei Frauen und Männern jeweils auf einem ähnlichen Niveau. Unterschiede nach Bildung sind statistisch nicht signifikant.

#### Allergien

Das Vorliegen (irgend)einer Allergie (ausgenommen allergisches Asthma) in den letzten zwölf Monaten berichten mit 30,9 % (95 %-KI 30,0 %–31,8 %) fast ein Drittel der Erwachsenen, wobei Frauen mit 34,7 % deutlich häufiger betroffen sind als Männer mit 27,0 % (Tabelle 5). Eine Allergie wird vor allem im jungen und mittleren Erwachsenenalter (Frauen bis 64 Jahre, Männer bis 44 Jahre) angegeben. Zudem geben Frauen der oberen Bildungsgruppe häufiger an, betroffen zu sein als Frauen der unteren Bildungsgruppe.

**Tabelle 5 (links)**  
**12-Monats-Prävalenz für Allergien**  
 nach Geschlecht, Alter und Bildungsstatus  
 (n=11.918 Frauen, n=10.645 Männer)  
 Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

**Tabelle 6 (rechts)**  
**12-Monats-Prävalenz für Arthrose**  
 nach Geschlecht, Alter und Bildungsstatus  
 (n=11.859 Frauen, n=10.630 Männer)  
 Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

**Arthrose ist in der älteren Bevölkerung eine der häufigsten chronischen Erkrankungen und liegt bei Frauen häufiger als bei Männern vor.**

	Allergien	
	%	(95 %-KI)
<b>Frauen (gesamt)</b>	<b>34,7</b>	<b>(33,4–36,0)</b>
<b>Altersgruppe</b>		
18–29 Jahre	37,9	(33,8–42,1)
30–44 Jahre	41,0	(37,9–44,1)
45–64 Jahre	37,3	(35,3–39,3)
65–79 Jahre	27,4	(25,2–29,7)
≥80 Jahre	20,1	(16,5–24,2)
<b>Bildungsstatus</b>		
Untere Bildungsgruppe	31,0	(27,4–34,8)
Mittlere Bildungsgruppe	35,2	(33,6–36,9)
Obere Bildungsgruppe	36,7	(34,9–38,5)
<b>Männer (gesamt)</b>	<b>27,0</b>	<b>(25,7–28,3)</b>
<b>Altersgruppe</b>		
18–29 Jahre	39,3	(35,6–43,0)
30–44 Jahre	32,7	(29,7–35,7)
45–64 Jahre	23,9	(22,0–25,9)
65–79 Jahre	17,3	(15,3–19,5)
≥80 Jahre	16,1	(12,6–20,4)
<b>Bildungsstatus</b>		
Untere Bildungsgruppe	25,6	(21,2–30,5)
Mittlere Bildungsgruppe	26,4	(24,6–28,2)
Obere Bildungsgruppe	28,9	(27,4–30,4)

KI = Konfidenzintervall

### Arthrose

Das Vorliegen einer Arthrose in den letzten zwölf Monaten geben insgesamt 17,1 % (95 %-KI 16,4 %–17,8 %) der Erwachsenen an, wobei Frauen mit 21,6 % deutlich häufiger als Männer mit 12,4 % betroffen sind (Tabelle 6). Die Prävalenz überschreitet im jungen Erwachsenenalter bei beiden Geschlechtern 5 % nicht wesentlich, steigt danach mit dem Lebensalter jedoch stark an bis auf 47,3 % bei den ältesten Frauen und 31,6 % bei den ältesten Männern. Während bei Frauen ein deutlicher Bildungsgradient

	Arthrose	
	%	(95 %-KI)
<b>Frauen (gesamt)</b>	<b>21,6</b>	<b>(20,5–22,7)</b>
<b>Altersgruppe</b>		
18–29 Jahre	1,1 <sup>1</sup>	(0,4–2,9)
30–44 Jahre	5,1	(3,8–6,7)
45–64 Jahre	23,9	(22,1–25,8)
65–79 Jahre	39,7	(37,2–42,4)
≥80 Jahre	47,3	(42,4–52,1)
<b>Bildungsstatus</b>		
Untere Bildungsgruppe	31,2	(27,7–34,9)
Mittlere Bildungsgruppe	21,0	(19,8–22,4)
Obere Bildungsgruppe	13,5	(12,5–14,6)
<b>Männer (gesamt)</b>	<b>12,4</b>	<b>(11,5–13,4)</b>
<b>Altersgruppe</b>		
18–29 Jahre	1,1 <sup>1</sup>	(0,5–2,6)
30–44 Jahre	3,5	(2,5–5,1)
45–64 Jahre	15,4	(13,8–17,2)
65–79 Jahre	23,2	(20,7–26,0)
≥80 Jahre	31,6	(26,7–36,9)
<b>Bildungsstatus</b>		
Untere Bildungsgruppe	13,3	(10,0–17,4)
Mittlere Bildungsgruppe	12,8	(11,5–14,1)
Obere Bildungsgruppe	11,4	(10,5–12,3)

KI = Konfidenzintervall

<sup>1</sup> Fallzahl beträgt n < 10

ersichtlich ist, mit der niedrigsten Prävalenz in der oberen und der höchsten Prävalenz in der unteren Bildungsgruppe, zeigt sich bei Männern kein bildungsbezogener Prävalenzunterschied.

## 4. Diskussion

Der vorliegende Beitrag legt aktuelle Daten zu ausgewählten Indikatoren der körperlichen und psychischen Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland vor, die als Teil des

EHIS im Rahmen der bundesweiten GEDA-Studie alle fünf Jahre erhoben werden.

Orientiert an Lebensphasen werden die Ergebnisse differenziert nach fünf Altersgruppen und getrennt für Frauen und Männer betrachtet. Ab einem Alter von 45 Jahren zeigt sich ein deutlicher Rückgang der Prävalenz einer als gut oder sehr gut eingeschätzten subjektiven Gesundheit bis auf 43 % bei Frauen und 53 % bei Männern und eine deutliche Zunahme von seit mindestens sechs Monaten andauernden gesundheitsbedingten Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten bis auf 63 % bei Frauen und 58 % bei Männern. Die Prävalenz des Vorliegens (irgend)einer chronischen Krankheit oder eines lang andauernden gesundheitlichen Problems seit mindestens sechs Monaten steigt eher graduell im Altersgang bei beiden Geschlechtern an. Unter den einzelnen betrachteten chronischen Krankheiten zeigen KHK, Diabetes, COPD und Arthrose einen charakteristischen Anstieg im mittleren Lebensalter (ab 45 Jahren) mit 12-Monats-Prävalenzen, die in der höchsten Altersgruppe bei beiden Geschlechtern rund 6 % für Schlaganfall, jeweils etwa 20 % für Diabetes und KHK, etwa 10 % für COPD sowie für Arthrose 47 % bei Frauen und 32 % bei Männern betragen. Depressive Symptome in den letzten zwei Wochen sind dagegen mit Prävalenzen zwischen 7 % und 12 % bei beiden Geschlechtern insbesondere im jungen und mittleren Erwachsenenalter häufig. Ähnliches gilt für Allergien, die mit einer 12-Monats-Prävalenz von rund 40 % am häufigsten im jungen und mittleren Erwachsenenalter bei Frauen und im jungen Erwachsenenalter bei Männern berichtet werden. Lediglich für Asthma bronchiale werden bei beiden Geschlechtern keine signifikanten Unterschiede der 12-Monats-Prävalenz im Altersgang beobachtet.

Abgesehen von Asthma bronchiale und Allergien zeigt sich für alle betrachteten Gesundheitsindikatoren ein Bildungsgradient zuungunsten von Erwachsenen mit niedrigerem Bildungsstand. Dies ist für die meisten Indikatoren insbesondere bei Frauen und für Arthrose nur bei Frauen ausgeprägt. Für Allergien ist umgekehrt eine höhere Prävalenz für Frauen mit höherem Bildungsstand zu beobachten.

#### 4.1 Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand

Die subjektive Gesundheit spiegelt vor allem das persönliche Wohlbefinden eines Menschen wider. Eine negative Selbsteinschätzung der Gesundheit ist mit häufigerem Vorliegen chronischer Krankheiten und gesundheitlicher Beschwerden verbunden [21–23] und gilt darüber hinaus als wichtiger Prädiktor für vorzeitige Sterblichkeit [24]. In der vorliegenden Studie schätzen insgesamt etwa 70 % der Erwachsenen in Deutschland ihre subjektive Gesundheit als sehr gut oder gut ein; etwa die Hälfte berichtet eine chronische Krankheit oder ein lang andauerndes gesundheitliches Problem und ein Drittel eine starke oder mäßige lang andauernde gesundheitsbedingte Einschränkung bei alltäglichen Aktivitäten, jeweils bestehend seit mindestens sechs Monaten. Im Lebensverlauf wird die subjektive Gesundheit mit zunehmendem Alter negativer eingeschätzt, das Vorliegen chronischer Krankheiten oder gesundheitlicher Probleme sowie gesundheitsbedingter Einschränkungen wird entsprechend zunehmend häufiger angegeben. Dieses Muster im Lebensverlauf weist auf den deutlichen Zusammenhang der selbsteingeschätzten subjektiven Gesundheit mit dem tatsächlichen Gesundheitszustand hin. Das heißt, je häufiger chronische Krankheiten,

gesundheitliche Probleme oder gesundheitsbedingte Einschränkungen berichtet werden, desto negativer wird der eigene Gesundheitszustand eingeschätzt; dies steht auch im Einklang mit anderen Studien [21–23]. Im Vergleich zu früheren RKI-Surveys zeigen sich ähnliche Anteile von Frauen und Männern mit sehr guter oder guter Selbsteinschätzung der subjektiven Gesundheit in den drei telefonischen Befragungssurveys GEDA 2009 bis 2012 und etwas geringere Anteile in der Studie GEDA 2014/2015-EHIS, die auf schriftlich oder online erhobenen Daten beruhte [25]. Die Erhebung der Indikatoren zu chronischen Krankheiten oder lang andauernden gesundheitlichen Problemen sowie zu lang andauernden gesundheitsbedingten Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten weicht in früheren GEDA-Wellen von der hier verwendeten ab, was zeitliche Vergleiche nur eingeschränkt zulässt. Die vorliegende Studie zeigt bei allen drei Indikatoren geschlechts-, alters- und bildungsspezifische Unterschiede in der jeweiligen Prävalenz, woraus sich Ansätze für Verbesserungen in Bezug auf zielgruppenspezifische Präventionsmaßnahmen sowie Gesundheitsförderung und -versorgung ableiten lassen.

#### 4.2 Depressive Symptomatik

Eine depressive Symptomatik tritt nicht nur bei Depressionen auf, sondern kann auch Begleit- oder Folgesymptomatik anderer psychischer Störungen oder körperlicher Erkrankungen sein oder auf unterschwellige Formen einer Depression verweisen. Bei der depressiven Symptomatik ist daher zu beachten, dass der auf dem PHQ-8-Instrument basierende Indikator mit annähernd allen Bereichen der psychischen Gesundheit korreliert und insgesamt acht

Symptombereiche abdeckt. Aus Platzgründen wird in diesem Beitrag jedoch nur der Gesamtwert dargestellt. Von einer depressiven Symptomatik sind insbesondere im jungen Erwachsenenalter eher Frauen betroffen. Frühere Trendanalysen ergaben, dass es zum Teil erhebliche Veränderungen innerhalb verschiedener Altersgruppen geben kann. Eine Arbeit zur Major Depression konnte zum Beispiel zeigen, dass sich die Prävalenz der Depression bei Frauen im Alter von 18 bis 34 Jahren im Zeitraum von 1998 bis 2011 von 8,8% auf 15,6% nahezu verdoppelt hatte, gleichzeitig jedoch in der Altersgruppe der 50- bis 65-jährigen Frauen von 9,8% auf 5,0% zurückgegangen war [26]. Dass jüngere Frauen häufiger von depressiven Symptomen betroffen sind als Frauen höheren Alters zeigte sich auch in Auswertungen zu GEDA 2014/2015-EHIS [27]. Die aktuellen Auswertungen zur selbstberichteten depressiven Symptomatik in den letzten zwei Wochen replizieren diesen Befund, was für eine Verfestigung der Risiken für jüngere Frauen spricht. Bei den Männern zeigen sich, wie bereits bei GEDA 2014/2015-EHIS, keine auffälligen Unterschiede in den Altersgruppen bis 64 Jahre. Erst im Alter ab 65 Jahren geht die Prävalenz, wie auch bei den Frauen, zurück. Die Unterschiede der Prävalenz depressiver Symptome in den Bildungsgruppen haben in der Tendenz eher zu- als abgenommen. Ob das eher an einer Verschlechterung der Situation für die Menschen in der unteren Bildungsgruppe oder an einer Verbesserung der Situation für höhere Bildungsgruppen liegt, lässt sich ohne vertiefende Trendanalysen nicht beurteilen. Die Komplexität der möglichen Hintergründe und Wirkzusammenhänge wird zum Beispiel im aktuellen Frauengesundheitsbericht [28] und dem Schwerpunktbericht zur psychischen Gesundheit [29] des RKI diskutiert.

In jedem Fall ist das ein möglicher Hinweis darauf, dass zwischenzeitlich entwickelte präventive Ansätze, wie zum Beispiel die Erweiterung des Arbeitsschutzgesetzes durch die Gefährdungsbeurteilung (Ziffer 6 im § 5 Arbeitsschutzgesetz, ArbSchG) dahingehend überprüft werden sollten, inwieweit sie auch die Bevölkerung in unteren Bildungsgruppen erreichen.

### 4.3 Körperliche chronische Krankheiten und Beschwerden

#### Kardiometabolische Erkrankungen

Die durch eine gestörte Regulierung des Blutzuckerspiegels gekennzeichnete Stoffwechselkrankheit Diabetes mellitus spielt ab dem mittleren Erwachsenenalter eine bedeutende Rolle. So zeigen die Ergebnisse zur 12-Monats-Prävalenz, dass im Altersbereich 45 bis 64 Jahre fast jede zehnte und ab 65 Jahren sogar jede fünfte Person einen bekannten Diabetes berichtet. Frauen sind insgesamt etwas seltener als Männer betroffen und die untere beziehungsweise mittlere Bildungsgruppe häufiger als die obere Bildungsgruppe. Diese alters-, geschlechts- und bildungsspezifischen Unterschiede sind auch aus vorherigen Studien bekannt [30–32]. Jenseits des 45. Lebensjahres tritt Diabetes meist als Typ-2-Diabetes auf. Im jüngeren Erwachsenenalter kommt bei Frauen dem Schwangerschaftsdiabetes eine Bedeutung zu, der in GEDA 2019/2020-EHIS explizit durch die Fragestellung ausgeschlossen wurde. Unberücksichtigt in der vorliegenden Studie sind zudem unerkannte Diabetesfälle, welche mit etwa 2 % zur Gesamtprävalenz des Diabetes in der erwachsenen Bevölkerung beitragen [30]. Im Zeitverlauf über die letzten Dekaden hat die Prävalenz des unerkannten Diabetes zwar

abgenommen, die Prävalenz des bekannten Diabetes jedoch zugenommen [33]. Auch im Vergleich zu GEDA 2014/2015-EHIS liegt der aktuelle Prävalenzschätzer etwas höher [31]. Dem können verschiedene Faktoren zugrunde liegen, wie eine frühzeitigere Diabetesdiagnose, verbesserte Versorgungsmöglichkeiten eines bekannten Diabetes sowie die demografische Alterung der Bevölkerung [33]. Wie im Rahmen der am RKI aufgebauten Diabetes-Surveillance für Deutschland beschrieben, führen eine Diabeteserkrankung und ihre Begleit- und Folgeerkrankungen zu einer verminderten Lebensqualität, weniger gesunden Lebensjahren sowie einer geringeren Lebenserwartung [34, 35]. Neben einer optimalen medizinischen und an den Bedürfnissen der Betroffenen orientierten Versorgung sind daher auch verstärkte primärpräventive verhaltens- und verhältnisbasierte Maßnahmen notwendig, um die Entstehung von Diabetes zu vermeiden und folglich die Diabetesprävalenz in der Bevölkerung zu verringern.

Mit fast drei Millionen Fällen waren Krankheiten des Kreislaufsystems 2019 der häufigste Grund für eine stationäre Aufnahme und mit über 330.000 Todesfällen auch die häufigste Todesursache. Im Rahmen von GEDA 2019/2020-EHIS wurden Herz-Kreislauf-Erkrankungen nicht umfassend erfragt, sondern nur anhand der festgelegten EHIS-Indikatoren. Die hier beschriebenen 12-Monats-Prävalenzen für die KHK von 5,1 % für Frauen und 6,6 % für Männer unterscheiden sich leicht von den altersstandardisierten KHK-Prävalenzen von 3,9 % für Frauen und 8,0 % für Männer, die auf Basis der vertragsärztlichen Abrechnungsdaten von 2018 für Deutschland berechnet wurden [36]. Dies könnte damit zusammenhängen, dass die geringe Fallzahl der Männer aus der unteren Bildungsgruppe in der

GEDA-Studie zu einer Unterschätzung der KHK-Prävalenz bei Männern geführt haben könnte. Diese geringe Fallzahl könnte auch dazu beigetragen haben, dass der für KHK bekannte Gradient im Sozialstatus bei den Männern nicht deutlich ausgeprägt ist. Bei den Frauen zeigt er sich deutlich [37]. Wie die zitierte Untersuchung und auch die GEDA-Daten zeigen, erkranken Männer häufiger an einer KHK als Frauen. Dies ist in vielen Studien belegt [38]. Die Frage nach einem Schlaganfall in den letzten zwölf Monaten oder nach chronischen Beschwerden infolge eines Schlaganfalls wurde in GEDA 2019/2020-EHIS von 2,1 % der Frauen und 2,3 % der Männer bejaht. In GEDA 2014/2015-EHIS lagen die Prävalenzen etwas niedriger [39], aufgrund der methodischen Unterschiede zwischen beiden Erhebungen sind Vergleiche jedoch vorsichtig zu interpretieren. Weiterhin liegt die 12-Monats-Prävalenz erwartungsgemäß unter der Lebenszeitprävalenz des Schlaganfalls bei 40- bis 79-jährigen Frauen von 2,5 % beziehungsweise Männern von 3,3 %, die in der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1, 2008–2011) erhoben wurde [40]. Auch beim Schlaganfall zeigt sich in Übereinstimmung mit vorherigen Erhebungen ein Alters- und Bildungsgradient [39], der nicht so stark ausgeprägt ist wie bei der KHK. Limitierend sei auch hier die geringere Teilnahme vor allem in der Gruppe der Männer mit niedrigem Bildungsstand genannt und das Problem der Eignung des EHIS-Indikators für eine bevölkerungsbezogene Erfassung der Schlaganfallhäufigkeit im europäischen Vergleich, wie auch schon bei GEDA 2014/2015-EHIS diskutiert [39]. Daten zu kardiovaskulären Erkrankungen, wie hier erhoben, tragen dazu bei, das Ausmaß der Erkrankungen in der Bevölkerung zu bestimmen,

gezielt Präventions- und Versorgungsangebote zu planen und in ihrer Wirkung zu beobachten.

### Erkrankungen der unteren Atemwege

Bei der COPD kommt es auf Basis einer irreversiblen und chronisch fortschreitenden Schädigung des Lungengewebes zu einer dauerhaften Verengung der Atemwege, Überblähung der Lunge und Behinderung des Gasaustausches mit der Folge von Atemnot. Aufgrund der schwierigen Erfassung einer COPD wird in der GEDA-Studie in Übereinstimmung mit internationalen epidemiologischen Studien eine Frage mit verschiedenen Begrifflichkeiten (chronische Bronchitis, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Lungenemphysem) zugrunde gelegt [41]. Dabei ist zu beachten, dass Einschätzungen zur Prävalenz von COPD über Selbstangaben deutlich niedriger ausfallen als Schätzungen auf der Grundlage von Lungenfunktionsprüfungen, die auch Frühstadien erkennen lassen [41]. Der in GEDA 2019/2020-EHIS verwendete Indikator wurde bereits in GEDA 2014/2015-EHIS erhoben. Obwohl eine direkte Vergleichbarkeit zwischen den beiden Erhebungswellen vor allem aufgrund des veränderten Stichprobendesigns limitiert ist, sind die Ergebnisse insbesondere bei Männern sehr ähnlich und zeigen für beide Geschlechter ansteigende 12-Monats-Prävalenzen ab dem 45. Lebensjahr [41]. Erwartungsgemäß zeigen sich bei beiden Geschlechtern Bildungsunterschiede in der Prävalenz von COPD, die Ungleichheiten hinsichtlich der Hauptrisikofaktoren (d. h. Tabak- und Schadstoffexposition) reflektieren. Bei Frauen ist die Prävalenz im Vergleich zu GEDA 2014/2015-EHIS angestiegen [41]. Es ist gut möglich, dass sich hier geschlechtsbezogene Veränderungen im Rauchverhalten mit Rückgang des

Raucheranteils bei Männern und lange weiter ansteigendem Anteil bei Frauen niederschlagen. Eine Angleichung der COPD-Mortalitätsraten von Frauen und Männern sowie der Neuerkrankungs- und Mortalitätsraten an bösartigen Tumoren der Lunge, der Bronchien und der Lufttröhre wird schon seit längerem beobachtet [42]. Die COPD zählt zu den häufigsten Ursachen für vorzeitige Sterblichkeit, Einschränkungen von Lebensqualität und gesundheitsbedingter Beeinträchtigung bei der Ausübung von Alltagsaktivitäten [41]. Auf epidemiologischer Ebene sind daher ein kontinuierliches Gesundheitsmonitoring und die Einbettung von COPD in eine Surveillance nichtübertragbarer Erkrankungen zentrale Bausteine zur Förderung von Public Health.

Asthma bronchiale ist eine chronische Atemwegserkrankung, die durch Symptome wie pfeifende Atmung, Kurzatmigkeit und Luftnot sowie ein Engegefühl in der Brust oder auch Husten gekennzeichnet ist. Ähnlich wie bei Allergien spielen auch bei Asthma verschiedene Erkrankungsmechanismen eine Rolle und es gibt allergische und nichtallergische Formen [43]. Die insgesamt bei 8% der Erwachsenen liegende 12-Monats-Prävalenz von Asthma zeigt in der aktuellen Untersuchung keine Altersabhängigkeit, jedoch einen aus vielen epidemiologischen Studien bereits bekannten Geschlechterunterschied mit größerer Betroffenheit von Frauen (9% versus 7% bei Männern). Neben der Geschlechtsabhängigkeit ist die bekannte Tendenz höherer Prävalenzen in den unteren Bildungsgruppen in der vorliegenden Untersuchung auch zu beobachten, wenngleich sie hier keine statistische Signifikanz erreicht. In GEDA 2014/2015-EHIS lag die Asthmaprävalenz etwas niedriger [44]. Asthma bronchiale ist eine der häufigsten

chronischen Erkrankungen weltweit. Steigende Betroffenenzahlen erfordern weitere Anstrengungen im Bereich Prävention, Diagnostik und Versorgung.

### Allergien

Allergiesymptome wie Fließschnupfen, Niesattacken, brennende und tränende Augen, Atembeschwerden bis hin zu Atemnot oder quälender Juckreiz der Haut werden durch überschießende Reaktionen des Immunsystems auf an sich harmlose Stoffe (Allergene) aus der Umwelt hervorgerufen. Klinisch zeigen sich verschiedene Krankheitsentitäten, zum Beispiel allergischer Schnupfen (Heuschnupfen), allergisches Asthma bronchiale, Neurodermitis, allergisches Kontaktekzem und Nahrungsmittelallergie [45]. Der im vorliegenden Beitrag dargestellte Indikator „Allergien“ bildet (im Gegensatz zu berichteten ärztlichen Diagnosen) die Selbsteinschätzung ab, aktuell, das heißt in den letzten zwölf Monaten vor der Erhebung, von (irgend)einer allergischen Erkrankung außer Asthma bronchiale betroffen zu sein. Im Ergebnis zählt sich fast ein Drittel der erwachsenen Frauen und Männer in Deutschland zur Gruppe der von Allergien Betroffenen. Gegenüber der letzten GEDA-Erhebung (GEDA 2014/2015-EHIS) hat die 12-Monats-Prävalenz von Allergien insgesamt zugenommen [46]. Frauen sind mit 35% erwartungsgemäß häufiger betroffen als Männer mit 27%. Auch die beobachteten höheren Allergieprävalenzen bei Frauen mit höherem Bildungsstand gelten als bekannt, wobei hier insbesondere Aspekte von Sozialisation, Wahrnehmung und ärztlichem Inanspruchnahmeverhalten von Bedeutung sind. Eine differenzierte Abfrage einzelner allergischer Erkrankungen würde spezifischere Untersuchungen assoziierter Faktoren wie Alter, Geschlecht und Bildungsstand

erlauben. Für die Betroffenen von Allergien wird diskutiert, dass strukturelle Verbesserungen im Gesundheitssystem wie etwa ein strukturiertes Behandlungsprogramm (Disease-Management-Programm, DMP) Allergie, wie es dies bereits für Asthma und COPD gibt, sehr hilfreich wären [45].

### Arthrose

Arthrose ist eine degenerative Erkrankung, bei der der Gelenkknorpel zerstört wird und die angrenzenden Muskeln, Kapseln und Bänder beeinträchtigt werden [47]. Gerade in der älteren Bevölkerung ist Arthrose stark verbreitet, sie ist eine der häufigsten Erkrankungen im Alter. Im Vergleich zu den Ergebnissen aus GEDA 2014/2015-EHIS hat sich die 12-Monats-Prävalenz von Arthrose nur geringfügig verändert [48]. Frauen leiden signifikant häufiger an Arthrose als Männer; Ursachen dafür sind zum Beispiel hormonelle, stoffwechselbedingte oder ernährungsbedingte Unterschiede [49]. Der deutlich ausgeprägte Bildungsgradient bei Frauen kann möglicherweise auf den Zusammenhang beruflich bedingter schwerer körperlicher Belastungen auf die Arthrose-Entstehung hinweisen [50, 51]. Durch die mit der Arthrose zusammenhängenden Schmerzen und Funktionseinbußen kann es zu einer Einschränkung der Lebensqualität kommen. Als Vorsorgemaßnahmen gelten die Vermeidung von Übergewicht sowie der Überbelastung der Gelenke [50, 51].

#### 4.4 Stärken und Limitationen

Der kurze Bezugszeitraum der für ein harmonisiertes europäisches Gesundheitsmonitoring eingeführten EHIS-Indikatoren [13, 17] sowie die hohe Fallzahl von GEDA 2019/2020-

EHIS ermöglichen es, aktuelle psychische und körperliche Belastungen und die aktuelle subjektive Gesundheit und deren lebensphasenspezifische Muster bei Erwachsenen in Deutschland widerzuspiegeln. Der relativ kurze Bezugszeitraum und die Selbsteinschätzung zum Vorliegen der abgefragten EHIS-Indikatoren führen jedoch zu teilweise deutlich abweichenden Prävalenzen im Vergleich zu anderen Studien des Gesundheitsmonitorings und zu epidemiologischen Studien, die in der Regel die Lebenszeitprävalenz ärztlich diagnostizierter Erkrankungen basierend auf ärztlichen Interviews oder Untersuchungen erheben.

Bei Prävalenzvergleichen von GEDA 2019/2020-EHIS mit dem fünf Jahre zuvor durchgeführten GEDA 2014/2015-EHIS sind trotz weitgehend gleicher Operationalisierung der meisten Indikatoren die Unterschiede im Studiendesign zu beachten, die zu einem unterschiedlichen Einschluss an Teilnehmenden (z. B. Unterschieden in der Verteilung des Bildungsstatus) geführt haben können. Während GEDA 2014/2015-EHIS ein Survey mit selbstauszufüllenden Papier- oder Online-Fragebögen auf Basis einer Einwohnermeldeamtstichprobe darstellte [2], ist GEDA 2019/2020-EHIS ein Survey mit telefonischer Befragung auf Basis einer Zufallsstichprobe von Festnetz- und Mobilfunknummern [16]. Trotz Gewichtung der jeweiligen Studienpopulation nach Alter, Geschlecht, Region und Bildungsstatus gemäß der Bevölkerungszusammensetzung zum entsprechenden Befragungszeitpunkt – worauf für GEDA 2019/2020-EHIS in einem Beitrag von [Allen et al.](#) in dieser Ausgabe des Journal of Health Monitoring näher eingegangen wird [16] – sind Abweichungen der Studienpopulation bezüglich anderer Charakteristika nicht auszuschließen. Einschränkungen in der Vergleichbarkeit mit früheren GEDA-Erhebungswellen

(Infobox), die als telefonische Befragungen auf Basis von Zufallsstichproben von Festnetznummern durchgeführt wurden, ergeben sich für die meisten Indikatoren durch die von EHIS abweichende Operationalisierung. Weiterhin fällt der Befragungszeitraum von GEDA 2019/2020-EHIS zum Teil in die COVID-19-Pandemie. Die vorliegenden Ergebnisse beruhen auf der Annahme, dass die Stichprobe durch die Maßnahmen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie keine systematischen Verzerrungen aufweist. Zudem zeigen erste Analysen keinen systematischen Selektionsbias zwischen den Teilstichproben der Vergleichszeiträume April 2019 bis Mitte März 2020 (Beginn der umfangreichen Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie) und Mitte März bis September 2020. Dennoch kann eine veränderte Teilnahmebereitschaft und deren Einfluss auf die Ergebnisse nicht vollständig ausgeschlossen werden. Durch die Inanspruchnahme von Kurzarbeit oder die Ausweitung flexibler Heimarbeit könnten beispielsweise einzelne Bevölkerungsgruppen besser oder schlechter telefonisch erreicht worden sein.

Die vorliegende Studie umfasst Indikatoren, die aufgrund ihrer relativ hohen Prävalenz in der Bevölkerung ausgewählt wurden, und die zudem ein möglichst breites Spektrum an gesundheitlichen Beschwerden abbilden. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass die Indikatoren unterschiedliche Zeitfenster umfassen.

#### 4.5 Fazit

Die hier vorgelegten aktuellen Daten des bundesweiten Gesundheitsmonitorings aus der Studie GEDA 2019/2020-EHIS belegen die hohe Public-Health-Relevanz alters-

assoziierter nichtübertragbarer Krankheiten und gesundheitsbedingter Einschränkungen bei der Ausübung von Alltagsaktivitäten in einer Gesellschaft des demografischen Wandels. Ein umfassender Versorgungsbedarf bei Gesundheitsproblemen ist dennoch nicht auf die Gruppe der älteren Menschen begrenzt. Allergien und eine depressive Symptomatik liegen bei Frauen und Männern insbesondere im jungen und mittleren Erwachsenenalter vor und Asthma bronchiale tritt über alle Altersgruppen ähnlich häufig auf. Nach wie vor bestehen zum Teil deutliche bildungsspezifische Unterschiede in der Prävalenz von guter subjektiver Gesundheit, depressiven Symptomen, gesundheitsbedingten Einschränkungen im Alltag und jenen nichtübertragbaren Krankheiten, die zu den führenden Ursachen vorzeitiger Sterblichkeit zählen, insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und COPD. In Kenntnis der wichtigen vermeidbaren Risikofaktoren, die diesen Erkrankungen gemeinsam sind, hat das bundesweite Gesundheitsmonitoring die Aufgabe, auch die Entwicklung zu Risikofaktoren und Ressourcen sowie zu Maßnahmen zur Förderung von gesundem Verhalten und gesunder Gestaltung der Lebenswelt zeitnah abzubilden. Internationale Gesundheitsziele wie die Nachhaltigkeitsziele der Agenda 2030 der Vereinten Nationen können hier eine Richtschnur sein, müssen jedoch auf die speziellen Herausforderungen der einzelnen Staaten und Regionen ausgerichtet werden [52]. Präventionsmaßnahmen müssen vor allem dahingehend überprüft werden, inwieweit sie auch benachteiligte Gruppen wie weniger Gebildete in der Bevölkerung erreichen. Eine wichtige Aufgabe des Gesundheitsmonitorings in diesem Zusammenhang ist, methodische Vergleichbarkeit über die Zeit zu sichern. Eine regionalisierte Analyse auf Bundeslandebene

konnte im Rahmen dieser ersten Auswertung noch nicht vorgenommen werden. Für die Zukunft bietet die GEDA-Studie die Perspektive, regionalisierte Datenanalysen noch weiter auszubauen, um in Zusammenarbeit mit den Bundesländern auch tiefer gegliederte subregionale Analysen zu ermöglichen. Darüber hinaus werden auch europäische Vergleiche möglich sein, wenn alle europäischen Daten aus dieser Erhebungswelle des EHIS vorliegen.

**Korrespondenzadresse**

Dr. Christin Heidemann  
Robert Koch-Institut  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring  
General-Pape-Str. 62–66  
12101 Berlin  
E-Mail: [HeidemannC@rki.de](mailto:HeidemannC@rki.de)

**Zitierweise**

Heidemann C, Scheidt-Nave C, Beyer AK, Baumert J,  
Thamm R et al. (2021)  
Gesundheitliche Lage von Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse  
zu ausgewählten Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020-EHIS.  
Journal of Health Monitoring 6(3):3–27.  
DOI 10.25646/8456

Die englische Version des Artikels ist verfügbar unter:  
[www.rki.de/journalhealthmonitoring-en](http://www.rki.de/journalhealthmonitoring-en)

**Datenschutz und Ethik**

GEDA 2019/2020-EHIS unterliegt der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Die Ethikkommission der Charité – Universitätsmedizin Berlin hat die Studie unter ethischen Gesichtspunkten geprüft und der Durchführung des Studienvorhabens zugestimmt (Antragsnummer EA2/070/19). Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden wurden über die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihre mündliche Einwilligung (informed consent).

**Förderungshinweis**

GEDA 2019/2020-EHIS wurde mit Mitteln des Robert Koch-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit finanziert.

**Interessenkonflikt**

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

**Danksagung**

Die Autorinnen und Autoren danken Stefan Damerow, Jennifer Allen, Johannes Lemcke, Franziska Prütz und Alexander Rommel der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts für die Erstellung von Textbausteinen zur Beschreibung der Studie GEDA 2019/2020-EHIS sowie von Limitationen, die sich durch den Einschluss der Anfangsphase der COVID-19-Pandemie in den Befragungszeitraum der GEDA-Studie ergeben haben könnten.

## Literatur

1. Lange C, Jentsch F, Allen J et al. (2015) Data Resource Profile: German Health Update (GEDA) – the health interview survey for adults in Germany. *Int J Epidemiol* 44(2):442–450
2. Lange C, Finger JD, Allen J et al. (2017) Implementation of the European health interview survey (EHIS) into the German health update (GEDA). *Arch Public Health* 75:40
3. Katzmarzyk PT, Salbaum JM, Heymsfield SB (2020) Obesity, non-communicable diseases, and COVID-19: A perfect storm. *Am J Hum Biol* 32(5):e23484
4. Stefan N, Birkenfeld AL, Schulze MB (2021) Global pandemics interconnected – obesity, impaired metabolic health and COVID-19. *Nat Rev Endocrinol* 17(3):135–149
5. Clark A, Jit M, Warren-Gash C et al. (2020) Global, regional, and national estimates of the population at increased risk of severe COVID-19 due to underlying health conditions in 2020: a modelling study. *Lancet Glob Health* 8(8):e1003–e1017
6. Chang AY, Cullen MR, Harrington RA et al. (2020) The impact of novel coronavirus COVID-19 on noncommunicable disease patients and health systems: a review. *J Intern Med* 289(4):450–462
7. Scheidt-Nave C, Barnes B, Beyer AK et al. (2020) Versorgung von chronisch Kranken in Deutschland – Herausforderungen in Zeiten der COVID-19-Pandemie. *Journal of Health Monitoring* 5(S10):2–28.  
<https://edoc.rki.de/handle/176904/7033> (Stand: 10.03.2021)
8. Gaertner B, Fuchs J, Möhler R et al. (2021) Zur Situation älterer Menschen in der Anfangsphase der COVID-19-Pandemie: Ein Scoping Review. *Journal of Health Monitoring* 6(S4):2–39.  
<https://edoc.rki.de/handle/176904/7915> (Stand: 29.04.2021)
9. Kluge HHP, Wickramasinghe K, Rippin HL et al. (2020) Prevention and control of non-communicable diseases in the COVID-19 response. *Lancet* 395(10238):1678–1680
10. World Health Organization and the United Nations Development Programme (2020) Responding to non-communicable diseases during and beyond the COVID-19 pandemic.  
[https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Non-communicable\\_diseases-Actions-2020.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Non-communicable_diseases-Actions-2020.1) (Stand: 10.03.2021)
11. Cox B, van Oyen H, Cambois E et al. (2009) The reliability of the Minimum European Health Module. *Int J Public Health* 54(2):55–60
12. Kurth BM, Lange C, Kamtsiuris P et al. (2009) Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut. Sachstand und Perspektiven. *Bundesgesundheitsbl* 52:557–570
13. European Commission, Eurostat (2018) European Health Interview Survey (EHIS wave 3). Methodological manual. European Commission, Luxembourg
14. von der Heyde C (2013) Das ADM-Stichprobensystem für Telefonbefragungen.  
[https://www.gessgroup.de/wp-content/uploads/2016/09/Beschreibung-ADM-Telefonstichproben\\_DE-2013.pdf](https://www.gessgroup.de/wp-content/uploads/2016/09/Beschreibung-ADM-Telefonstichproben_DE-2013.pdf) (Stand: 29.04.2021)
15. American Association for Public Opinion Research (AAPOR) (2016) Standard definitions – final disposition codes of case codes and outcome rates for surveys. AAPOR, Deerfield
16. Allen J, Born S, Damerow S et al. (2021) Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS) – Hintergrund und Methodik. *Journal of Health Monitoring* 6(3):72–87.  
[www.rki.de/johm-2021](http://www.rki.de/johm-2021) (Stand: 15.09.2021)
17. Fehr A, Lange C, Fuchs J et al. (2017) Gesundheitsmonitoring und Gesundheitsindikatoren in Europa. *Journal of Health Monitoring* 2(1):3–23.  
<https://edoc.rki.de/handle/176904/2578.2> (Stand: 15.03.2021)
18. Kroenke K, Strine TW, Spitzer RL et al. (2009) The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. *J Affect Disord* 114(1/3):163–173
19. American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition (DSM-IV). American Psychiatric Association, Washington, DC
20. Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2017) Mikrozensus 2017. DOI: 10.21242/12211.2017.00.00.1.1.1, eigene Berechnungen
21. Wu S, Wang R, Zhao Y et al. (2013) The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. *BMC Public Health* 13:320
22. Latham K, Peek CW (2013) Self-rated health and morbidity onset among late midlife U.S. adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 68(1):107–116
23. Ul-Haq Z, Mackay DF, Pell JP (2014) Association between physical and mental health-related quality of life and adverse outcomes; a retrospective cohort study of 5,272 Scottish adults. *BMC Public Health* 14:1197
24. Lorem G, Cook S, Leon DA et al. (2020) Self-reported health as a predictor of mortality: A cohort study of its relation to other health measurements and observation time. *Sci Rep* 10(1):4886

25. Lampert T, Schmidtke C, Borgmann LS et al. (2018) Subjektive Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 3(2):1–8.  
<https://edoc.rki.de/handle/176904/5689> (Stand: 29.04.2021)
26. Bretschneider J, Janitza S, Jacobi F et al. (2018) Time trends in depression prevalence and health-related correlates: results from population-based surveys in Germany 1997–1999 vs. 2009–2012. *BMC Psychiatry* 18(1):394
27. Bretschneider J, Kuhnert R, Hapke U (2017) Depressive Symptomatik bei Erwachsenen in Deutschland. 2(3):81–88.  
<https://edoc.rki.de/handle/176904/2788> (Stand: 29.04.2021)
28. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2020) Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin.  
[https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/Gesundheitliche\\_Lage\\_der\\_Frauen\\_2020.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/Gesundheitliche_Lage_der_Frauen_2020.pdf?__blob=publicationFile) (Stand: 29.04.2021)
29. Robert Koch-Institut (Hrsg) (im Druck) Schwerpunktbericht zur psychischen Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland Teil 1 – Erwachsenenalter. Erkennen – Bewerten – Handeln. RKI, Berlin
30. Heidemann C, Du Y, Paprott R et al. (2016) Temporal changes in the prevalence of diagnosed diabetes, undiagnosed diabetes and prediabetes: findings from the German Health Interview and Examination Surveys in 1997–1999 and 2008–2011. *Diabet Med* 33(10):1406–1414
31. Heidemann C, Kuhnert R, Born S et al. (2017) 12-Monats-Prävalenz des bekannten Diabetes mellitus in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(1):48–56.  
<https://edoc.rki.de/handle/176904/2580> (Stand: 09.03.2021)
32. Schmidt C, Reitzle L, Dress J et al. (2020) Prävalenz und Inzidenz des dokumentierten Diabetes mellitus – Referenzauswertung für die Diabetes-Surveillance auf Basis von Daten aller gesetzlich Krankenversicherten. *Bundesgesundheitsbl* 63(1):93–102
33. Heidemann C, Scheidt-Nave C (2017) Prävalenz, Inzidenz und Mortalität von Diabetes mellitus bei Erwachsenen in Deutschland – Bestandsaufnahme zur Diabetes-Surveillance. *Journal of Health Monitoring* 2(3):105–129.  
<https://edoc.rki.de/handle/176904/2781> (Stand: 09.03.2021)
34. Nationale Diabetes-Surveillance am Robert Koch-Institut (2019) Diabetes in Deutschland – Bericht der Nationalen Diabetes-Surveillance 2019. Robert Koch-Institut, Berlin.  
<http://www.rki.de/diabetes-bericht> (Stand: 14.06.2021)
35. Baumert J, Heidemann C, Reitzle L et al. (2021) Gesunde Lebensjahre bei Personen mit und ohne Diabetes in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 6(2):46–53.  
<https://edoc.rki.de/handle/176904/8396> (Stand: 03.08.2021)
36. Holstiege J, Akmatov MK, Steffen A et al. (2020) Die ischämische Herzerkrankung in der vertragsärztlichen Versorgung – Zeitliche Trends und regionale Variationen. *Versorgungsatlas-Bericht Nr 20/04*. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), Berlin.  
<https://www.versorgungsatlas.de//themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert?tab=6&uid=109&cHash=bbd4137bdc8268e1e829-199cfc818e2> (Stand: 17.03.2021)
37. Albert MA, Glynn RJ, Buring J et al. (2006) Impact of traditional and novel risk factors on the relationship between socioeconomic status and incident cardiovascular events. *Circulation* 114(24):2619–2626
38. Bots SH, Peters SAE, Woodward M (2017) Sex differences in coronary heart disease and stroke mortality: a global assessment of the effect of ageing between 1980 and 2010. *BMJ Glob Health* 2(2):e000298
39. Busch MA, Kuhnert R (2017) 12-Monats-Prävalenz von Schlaganfall oder chronischen Beschwerden infolge eines Schlaganfalls in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(1):70–76.  
<https://edoc.rki.de/handle/176904/2583> (Stand: 18.03.2021)
40. Busch MA, Schienkiewitz A, Nowossadeck E et al. (2013) Prävalenz des Schlaganfalls bei Erwachsenen im Alter von 40 bis 79 Jahren in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl* 56(5/6):656–660
41. Steppuhn H, Kuhnert R, Scheidt-Nave C (2017) 12-Monats-Prävalenz der bekannten chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(3):46–54.  
<https://edoc.rki.de/handle/176904/2783> (Stand: 29.04.2021)
42. Steppuhn H, Buda S, Wienecke A et al. (2017) Zeitliche Trends in der Inzidenz und Sterblichkeit respiratorischer Krankheiten von hoher Public-Health-Relevanz in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(3):3–35.  
<https://edoc.rki.de/handle/176904/2780> (Stand: 29.04.2021)
43. Gillissen A, Welte TH (2014) Weißbuch Lunge 2014: Herausforderungen, Zukunftsperspektiven, Forschungsansätze – Zur Lage und Zukunft der Pneumologie in Deutschland. Frisch Texte Verlag, Herne

44. Steppuhn H, Kuhnert R, Scheidt-Nave C (2017) 12-Monats-Prävalenz von Asthma bronchiale bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(3):36–45.  
<https://edoc.rki.de/handle/176904/2782> (Stand: 18.03.2021)

---

45. Klimek L, Vogelberg C, Werfel TH (Hrsg) (2018) Weißbuch Allergie in Deutschland. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage. Springer Medizin Verlag GmbH, Berlin

---

46. Schmitz R, Kuhnert R, Thamm M (2017) 12-Monats-Prävalenz von Allergien in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(1):77–82.  
<https://edoc.rki.de/handle/176904/2584> (Stand: 18.03.2021)

---

47. Arnold I (2016) Arthrose: Was gibt es Neues? *Dtsch Arztebl International* 113(44):1976–1982

---

48. Fuchs J, Kuhnert R, Scheidt-Nave C (2017) 12-Monats-Prävalenz von Arthrose. *Journal of Health Monitoring* 2(3):55–60.  
<https://edoc.rki.de/handle/176904/2784> (Stand: 29.04.2021)

---

49. Ferre IM, Roof MA, Anoushiravani AA et al. (2019) Understanding the Observed Sex Discrepancy in the Prevalence of Osteoarthritis. *JBS Reviews* 7(9):e8

---

50. Schneider S, Schmitt G, Mau H et al. (2005) Prävalenz und Korrelate der Osteoarthrose in der BRD. Repräsentative Ergebnisse des ersten Bundesgesundheitsurvey. *Orthopäde* 34(8):782–790

---

51. Luong MLN, Cleveland RJ, Nyrop KA et al. (2012) Social determinants and osteoarthritis outcomes. *Aging health* 8(4):413–437

---

52. Neuhauser H, Wildner M (2020) Gains and losses in translation of SDGs at sub-national levels. *Lancet* 396(10256):954–955

**Annex Tabelle 1**  
**Prävalenz einer als sehr gut oder gut eingeschätzten subjektiven Gesundheit (n=11.953 Frauen, n=10.681 Männer), einer chronischen Krankheit oder eines lang andauernden gesundheitlichen Problems (n=11.916 Frauen, n=10.662 Männer) und einer lang andauernden gesundheitsbedingten Einschränkung bei alltäglichen Aktivitäten (n=11.929 Frauen, n=10.664 Männer) nach Geschlecht, Alter und Bildungsstatus**  
 Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

	Subjektive Gesundheit (sehr gut oder gut)		Chronische Krankheit oder gesundheitliches Problem (mindestens sechs Monate)		Gesundheitsbedingte Einschränkung bei alltäglichen Aktivitäten (stark oder mäßig, mindestens sechs Monate)	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
<b>Frauen (gesamt)</b>	<b>68,6</b>	<b>(67,2–69,9)</b>	<b>51,9</b>	<b>(50,6–53,3)</b>	<b>35,5</b>	<b>(34,2–36,9)</b>
<b>Altersgruppe und Bildungsstatus</b>						
<b>18–29 Jahre</b>	87,2	(83,5–90,1)	33,8	(29,8–38,0)	16,8	(13,7–20,5)
Untere Bildungsgruppe	78,1	(67,1–86,2)	36,8	(26,8–48,0)	25,4	(16,6–36,9)
Mittlere Bildungsgruppe	87,4	(82,4–91,1)	33,9	(28,7–39,6)	16,3	(12,5–21,0)
Obere Bildungsgruppe	95,0	(91,4–97,1)	31,3	(24,9–38,4)	10,6	(7,0–15,5)
<b>30–44 Jahre</b>	82,9	(80,1–85,3)	40,9	(37,8–44,0)	21,3	(18,7–24,2)
Untere Bildungsgruppe	74,1	(61,8–83,5)	34,4	(23,5–47,3)	25,5	(16,3–37,6)
Mittlere Bildungsgruppe	81,0	(77,1–84,4)	44,7	(40,4–49,1)	23,3	(19,7–27,4)
Obere Bildungsgruppe	89,6	(86,5–92,1)	37,6	(34,0–41,3)	16,4	(13,6–19,7)
<b>45–64 Jahre</b>	66,0	(63,9–68,1)	58,6	(56,6–60,6)	39,2	(37,2–41,3)
Untere Bildungsgruppe	50,4	(42,8–58,0)	67,4	(59,6–74,4)	49,3	(41,6–56,9)
Mittlere Bildungsgruppe	65,5	(63,0–68,0)	59,6	(57,1–62,0)	40,7	(38,3–43,3)
Obere Bildungsgruppe	78,6	(76,5–80,6)	49,0	(46,6–51,5)	27,7	(25,5–29,9)
<b>65–79 Jahre</b>	55,3	(52,6–57,9)	61,9	(59,4–64,5)	46,1	(43,5–48,8)
Untere Bildungsgruppe	46,1	(39,2–53,1)	62,4	(55,3–69,0)	52,4	(45,3–59,3)
Mittlere Bildungsgruppe	56,4	(53,4–59,3)	61,8	(58,9–64,6)	44,5	(41,6–47,5)
Obere Bildungsgruppe	67,6	(64,6–70,5)	62,1	(59,0–65,0)	40,8	(37,8–44,0)
<b>≥ 80 Jahre</b>	42,5	(37,9–47,3)	61,9	(57,0–66,6)	63,2	(58,5–67,7)
Untere Bildungsgruppe	37,9	(29,9–46,7)	61,1	(52,2–69,4)	66,5	(57,9–74,1)
Mittlere Bildungsgruppe	46,1	(40,8–51,4)	62,3	(56,8–67,4)	60,3	(54,9–65,4)
Obere Bildungsgruppe	53,4	(46,5–60,0)	65,1	(58,4–71,4)	58,5	(51,6–65,0)

KI = Konfidenzintervall

Fortsetzung nächste Seite

**Annex Tabelle 1 Fortsetzung**  
**Prävalenz einer als sehr gut oder gut eingeschätzten subjektiven Gesundheit (n=11.953 Frauen, n=10.681 Männer), einer chronischen Krankheit oder eines lang andauernden gesundheitlichen Problems (n=11.916 Frauen, n=10.662 Männer) und einer lang andauernden gesundheitsbedingten Einschränkung bei alltäglichen Aktivitäten (n=11.929 Frauen, n=10.664 Männer) nach Geschlecht, Alter und Bildungsstatus**  
 Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

	Subjektive Gesundheit (sehr gut oder gut)		Chronische Krankheit oder gesundheitliches Problem (mindestens sechs Monate)		Gesundheitsbedingte Einschränkung bei alltäglichen Aktivitäten (stark oder mäßig, mindestens sechs Monate)	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
<b>Männer (gesamt)</b>	<b>71,6</b>	<b>(70,2–72,9)</b>	<b>46,4</b>	<b>(44,9–47,8)</b>	<b>31,0</b>	<b>(29,7–32,4)</b>
<b>Altersgruppe und Bildungsstatus</b>						
<b>18–29 Jahre</b>	88,3	(85,2–90,8)	25,8	(22,6–29,2)	10,5	(8,4–13,1)
Untere Bildungsgruppe	80,9	(72,4–87,3)	31,8	(24,4–40,3)	14,8	(9,6–22,2)
Mittlere Bildungsgruppe	89,8	(85,8–92,8)	23,5	(19,5–28,0)	9,8	(7,2–13,1)
Obere Bildungsgruppe	94,4	(90,8–96,6)	25,0	(20,0–30,7)	7,4	(4,7–11,5)
<b>30–44 Jahre</b>	84,0	(81,2–86,4)	34,6	(31,6–37,8)	18,5	(16,0–21,3)
Untere Bildungsgruppe	74,3	(61,8–83,8)	32,7	(22,0–45,5)	25,1	(15,7–37,5)
Mittlere Bildungsgruppe	80,4	(76,4–83,9)	39,1	(34,6–43,8)	22,1	(18,5–26,3)
Obere Bildungsgruppe	92,8	(90,6–94,5)	29,5	(26,2–33,1)	10,9	(8,7–13,6)
<b>45–64 Jahre</b>	65,2	(62,8–67,5)	53,1	(50,8–55,4)	38,8	(36,5–41,3)
Untere Bildungsgruppe	47,4	(37,4–57,6)	66,8	(56,5–75,7)	61,9	(51,5–71,3)
Mittlere Bildungsgruppe	60,1	(56,8–63,4)	55,8	(52,5–59,0)	42,8	(39,5–46,2)
Obere Bildungsgruppe	80,4	(78,4–82,2)	43,6	(41,2–46,0)	23,6	(21,7–25,7)
<b>65–79 Jahre</b>	57,7	(54,6–60,8)	63,8	(60,9–66,7)	42,9	(39,9–46,0)
Untere Bildungsgruppe	48,5	(34,3–62,9)	67,4	(52,0–79,8)	55,0	(40,3–68,9)
Mittlere Bildungsgruppe	53,1	(48,7–57,5)	65,8	(61,5–69,8)	45,0	(40,7–49,4)
Obere Bildungsgruppe	68,1	(65,3–70,7)	59,9	(57,1–62,6)	36,3	(33,6–39,0)
<b>≥ 80 Jahre</b>	52,6	(47,1–58,0)	62,0	(56,6–67,1)	58,1	(52,6–63,4)
Untere Bildungsgruppe	54,5	(34,9–72,8)	67,0	(46,4–82,7)	63,7	(43,1–80,2)
Mittlere Bildungsgruppe	48,0	(40,5–55,5)	62,1	(54,5–69,1)	58,8	(51,2–66,0)
Obere Bildungsgruppe	58,6	(53,2–63,8)	60,4	(55,0–65,6)	54,2	(48,9–59,5)

KI = Konfidenzintervall

**Annex Tabelle 2**  
**Prävalenz der depressiven Symptomatik in den**  
**letzten zwei Wochen gemäß PHQ-8 nach**  
**Geschlecht, Alter und Bildungsstatus**  
**(n=11.703 Frauen, n=10.503 Männer)**  
 Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

	%	(95 %-KI)
<b>Frauen (gesamt)</b>	<b>8,8</b>	<b>(8,0–9,7)</b>
<b>Altersgruppe und Bildungsstatus</b>		
<b>18–29 Jahre</b>	11,6	(8,8–15,1)
Untere Bildungsgruppe	24,0	(15,2–35,6)
Mittlere Bildungsgruppe	10,3	(7,1–14,6)
Obere Bildungsgruppe	4,4	(2,2–8,5)
<b>30–44 Jahre</b>	8,7	(6,8–10,9)
Untere Bildungsgruppe	13,6	(7,1–24,4)
Mittlere Bildungsgruppe	9,4	(6,9–12,7)
Obere Bildungsgruppe	5,4	(3,7–8,0)
<b>45–64 Jahre</b>	10,2	(8,8–11,7)
Untere Bildungsgruppe	18,0	(12,8–24,7)
Mittlere Bildungsgruppe	9,5	(7,9–11,3)
Obere Bildungsgruppe	6,6	(5,4–8,1)
<b>65–79 Jahre</b>	5,0	(3,9–6,3)
Untere Bildungsgruppe	6,0	(3,4–10,5)
Mittlere Bildungsgruppe	4,5	(3,4–5,9)
Obere Bildungsgruppe	5,3	(3,9–7,1)
<b>≥80 Jahre</b>	7,3	(4,9–10,7)
Untere Bildungsgruppe	7,9	(3,9–15,4)
Mittlere Bildungsgruppe	7,1	(4,8–10,4)
Obere Bildungsgruppe	5,9	(3,4–10,1)

KI=Konfidenzintervall, PHQ-8=8-Item Patient Health Questionnaire

<sup>1</sup> Fallzahl beträgt n < 10

	%	(95 %-KI)
<b>Männer (gesamt)</b>	<b>7,5</b>	<b>(6,7–8,5)</b>
<b>Altersgruppe und Bildungsstatus</b>		
<b>18–29 Jahre</b>	7,3	(5,3–10,0)
Untere Bildungsgruppe	12,5	(7,4–20,4)
Mittlere Bildungsgruppe	6,6	(4,2–10,1)
Obere Bildungsgruppe	3,0	(1,6–5,3)
<b>30–44 Jahre</b>	7,3	(5,5–9,5)
Untere Bildungsgruppe	11,9 <sup>1</sup>	(5,6–23,4)
Mittlere Bildungsgruppe	9,2	(6,6–12,6)
Obere Bildungsgruppe	2,9	(1,9–4,5)
<b>45–64 Jahre</b>	9,6	(8,0–11,5)
Untere Bildungsgruppe	18,6	(11,5–28,6)
Mittlere Bildungsgruppe	11,3	(9,0–14,1)
Obere Bildungsgruppe	3,6	(2,7–4,6)
<b>65–79 Jahre</b>	4,4	(3,1–6,3)
Untere Bildungsgruppe	11,9 <sup>1</sup>	(4,4–28,3)
Mittlere Bildungsgruppe	3,9	(2,6–5,8)
Obere Bildungsgruppe	2,7	(1,9–3,8)
<b>≥80 Jahre</b>	5,8	(3,8–8,7)
Untere Bildungsgruppe	5,0 <sup>1</sup>	(0,9–24,3)
Mittlere Bildungsgruppe	5,5	(3,0–9,7)
Obere Bildungsgruppe	7,0	(4,5–10,8)

## Impressum

### Journal of Health Monitoring

#### Herausgeber

Robert Koch-Institut  
Nordufer 20  
13353 Berlin

#### Redaktion

Johanna Gutsche, Dr. Birte Hintzpeter, Dr. Franziska Prütz,  
Dr. Martina Rabenberg, Dr. Alexander Rommel, Dr. Livia Ryl,  
Dr. Anke-Christine Saß, Stefanie Seeling, Dr. Thomas Ziese  
Robert Koch-Institut  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring  
Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung  
General-Pape-Str. 62–66  
12101 Berlin  
Tel.: 030-18 754-3400  
E-Mail: [healthmonitoring@rki.de](mailto:healthmonitoring@rki.de)  
[www.rki.de/journalhealthmonitoring](http://www.rki.de/journalhealthmonitoring)

#### Satz

Kerstin Möllerke, Alexander Krönke

ISSN 2511-2708

#### Hinweis

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die  
Meinung des Robert Koch-Instituts wider.



Dieses Werk ist lizenziert unter einer  
Creative Commons Namensnennung 4.0  
International Lizenz.



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im  
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Journal of Health Monitoring · 2021 6(3)

DOI 10.25646/8460.2

Robert Koch-Institut, Berlin

Almut Richter, Anja Schienkiewitz,

Anne Starker, Susanne Krug,

Olga Domanska, Ronny Kuhnert,

Julika Loss, Gert B. M. Mensink

Robert Koch-Institut, Berlin

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheits-  
monitoring

Eingereicht: 18.03.2021

Akzeptiert: 16.06.2021

Veröffentlicht: 15.09.2021

# Gesundheitsfördernde Verhaltensweisen bei Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS

## Abstract

Gesundheitsfördernde Verhaltensweisen sind in jedem Alter wichtig zur Vermeidung von Krankheiten und zur Förderung des Wohlbefindens. Mit Informationen der Studie GEDA 2019/2020-EHIS, einer deutschlandweiten, repräsentativen Befragung, wird beschrieben, wie häufig bestimmte Verhaltensweisen aktuell im Alltag der erwachsenen Bevölkerung auftreten. Betrachtet werden Nichtrauchen, risikoarmer Alkoholkonsum, das Erreichen der Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Ausdaueraktivität und mindestens täglicher Obst- und Gemüsekonsum. Als weiterer Indikator wird das Einhalten eines Körpergewichtes im Normalbereich herangezogen. Für diese Verhaltensweisen wird jeweils der Anteil der Personen, die diese im Alltag umsetzen, differenziert nach Geschlecht, Alters- und Bildungsgruppe dargestellt. Außerdem wird die Anzahl der umgesetzten Verhaltensweisen pro Person und die häufigsten Kombinationen dieser Verhaltensweisen ermittelt.

Jungen Erwachsenen zwischen 18 und 29 Jahren gelingt es am häufigsten, einen gesundheitsförderlichen Lebensstil zu realisieren. Im späteren Erwachsenenalter ist insbesondere der Anteil derjenigen mit mindestens 150 Minuten körperlicher Aktivität pro Woche und einem Körpergewicht im Normalbereich geringer als bei den 18- bis 29-Jährigen. Die Empfehlung, täglich Obst und Gemüse zu verzehren, wird von allen fünf untersuchten Aspekten des Gesundheitsverhaltens am seltensten umgesetzt. Frauen weisen häufiger einen gesundheitsförderlichen Lebensstil auf als Männer.

📌 GESUNDHEITSVERHALTEN · VERHALTENSKOMBINATIONEN · GESUNDHEITSFÖRDERLICHER LEBENSSTIL · ERWACHSENE

## 1. Einleitung

Bestimmte Verhaltensweisen können dazu beitragen, die eigene Gesundheit zu erhalten oder zu verbessern. Die COVID-19-Pandemie hat dies im Hinblick auf die Eindämmung des Infektionsgeschehens eindrücklich gezeigt: So sind vor allem Verhaltensweisen wie Abstandhalten, Hygieneregeln für richtiges Husten und Niesen und das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes in der Bevölkerung

entscheidend. Es gibt jedoch neben Maßnahmen zur Prävention übertragbarer Erkrankungen bedeutende Verhaltensweisen, die bei der Entstehung chronischer Erkrankungen eine Rolle spielen. Für das Jahr 2017 wurde geschätzt, dass 11,6 Millionen Lebensjahre in Deutschland durch vorzeitige Sterblichkeit verloren gingen [1]. Von vorzeitiger Sterblichkeit spricht man, wenn Menschen vor ihrer statistischen Lebenserwartung versterben. Hauptverantwortlich für diesen Verlust waren bösartige

## GEDA 2019/2020-EHIS

Fünfte Folgerhebung der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell

**Datenhalter:** Robert Koch-Institut

**Ziele:** Bereitstellung zuverlässiger Informationen über den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Deutschland, mit Möglichkeit zum europäischen Vergleich

**Studiendesign:** Telefonische Querschnitterhebung

**Grundgesamtheit:** Deutschsprachige Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten, die über Festnetz oder Mobilfunk erreichbar sind

**Stichprobenziehung:** Zufallsstichprobe von Festnetz- und Mobilfunknummern (Dual-Frame-Verfahren) aus dem Stichprobensystem des ADM (Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e. V.)

**Stichprobenumfang:** 23.001 Teilnehmende

**Datenerhebungszeitraum:** April 2019 bis September 2020

### GEDA-Erhebungswellen:

- ▶ GEDA 2009
- ▶ GEDA 2010
- ▶ GEDA 2012
- ▶ GEDA 2014/2015-EHIS
- ▶ GEDA 2019/2020-EHIS

Mehr Informationen unter [www.geda-studie.de](http://www.geda-studie.de)

Neubildungen (Anteil 35,2 %) sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Anteil 27,6 %) [1]. Verhaltensweisen, die das Risiko zu erkranken oder frühzeitig zu sterben für diese Krankheiten senken können, sind zum Beispiel der Verzicht auf Rauchen, risikoarmer Alkoholkonsum, regelmäßige körperliche Aktivität, eine gesunde, pflanzenbasierte Ernährung und das Einhalten eines Körpergewichtes im Normalbereich [2]. Insbesondere das Zusammenwirken mehrerer Verhaltensweisen im Rahmen eines insgesamt gesunden Lebensstils, ist für eine möglichst große Risikoreduktion bezüglich bestimmter Todesursachen und auch der Gesamtmortalität entscheidend [3–8]. So ist die Kombination von mindestens vier dieser gesundheitsfördernden Verhaltensweisen laut einer Meta-Analyse bei einer mittleren Beobachtungszeit von 13,2 Jahren mit einer Reduktion der Gesamtmortalität um 66 % assoziiert [7]. Für die Umsetzung von fünf Komponenten eines gesunden Lebensstils wurde in den USA eine Verlängerung der Lebenszeit ab dem Alter von 50 Jahren von 14,0 Jahren bei Frauen und 12,2 Jahren bei Männern ermittelt, gegenüber Personen, die keine der Bestandteile eines gesunden Lebensstils umsetzen [9].

In einer Studie auf Basis des European Social Survey 2014 wurde ermittelt, dass nur 5,8 % der Erwachsenen in Europa die Kombination mehrerer gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen, wie körperlich aktiv zu sein, nicht zu rauchen, nicht übermäßig viel Alkohol zu konsumieren, täglich Obst und Gemüse zu verzehren und auf ausreichende Schlafqualität zu achten, aufweisen [10]. In Deutschland kombinierten laut der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) im Jahr 2009/2010 lediglich 7,1 % der Frauen und 3,2 % der Männer fünf gesunde

Verhaltensweisen miteinander. Mindestens vier von fünf Verhaltensweisen wurden bei 29,1 % der Frauen und 17,8 % der Männer beobachtet [11].

Gesundheitsfördernde Lebensstile werden nicht nur von individuellen Merkmalen, sondern auch von verschiedenen sozialen, ökonomischen und verhältnisbezogenen Faktoren beeinflusst. Dabei werden in verschiedenen Lebensaltern unterschiedliche Faktoren wirksam, wenn sich zum Beispiel das soziale oder familiäre Umfeld wandelt oder sich zeitliche und finanzielle Ressourcen ändern [12].

Mit der Studie GEDA 2019/2020-EHIS liegen aktuelle bevölkerungsweite Daten vor, die eine differenzierte Beschreibung von verschiedenen gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen in Deutschland ermöglichen. Ziel dieser Auswertung ist es, die Häufigkeit von Nichtrauchen, risikoarmem Alkoholkonsum, körperlicher Ausdaueraktivität, täglichem Verzehr von Obst und Gemüse sowie das Einhalten eines Körpergewichtes im Normalbereich in Deutschland zu ermitteln und Unterschiede hinsichtlich Geschlecht, Alter und Bildung zu identifizieren. Dabei werden die Häufigkeiten der genannten Verhaltensweisen jeweils für sich, aber auch ihr Auftreten in verschiedenen Kombinationen betrachtet.

## 2. Methode

### 2.1 Studiendesign und Stichprobe

GEDA ist eine bundesweite Querschnittbefragung der in Deutschland lebenden Wohnbevölkerung. Die GEDA-Studie wird seit 2008 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit vom Robert Koch-Institut (RKI) in mehrjährigen Abständen durchgeführt und ist ein Bestandteil des

Gesundheitsmonitorings am RKI [13, 14]. In GEDA werden unterschiedliche Themen wie Gesundheitsstatus, Gesundheitsverhalten, chronische Krankheiten und Inanspruchnahme von Leistungen im Gesundheitswesen erhoben.

Die fünfte Folgerhebung, GEDA 2019/2020-EHIS, fand zwischen April 2019 und September 2020 statt. Wie bereits in der Welle 2014/2015 wurde der Fragebogen des European Health Interview Survey (EHIS) vollständig integriert [15, 16]. Die aktuelle GEDA-Welle wurde als telefonische Befragung mittels eines programmierten, strukturierten Fragebogens durchgeführt (Computer Assisted Telephone Interview, CATI). Sie basierte auf einer Zufallsstichprobe von Festnetz- und Mobilfunknummern (Dual-Frame-Verfahren) [17]. Die Grundgesamtheit umfasste die in privaten Haushalten lebende Bevölkerung ab 15 Jahren, deren üblicher Aufenthaltsort zum Zeitpunkt der Datenerhebung in Deutschland lag. Insgesamt haben 23.001 Personen mit vollständigen Interviews an der Studie GEDA 2019/2020-EHIS teilgenommen. Für die vorliegenden Analysen wurden die Studienteilnehmenden auf 22.708 Personen ab 18 Jahren eingegrenzt. Zur Beschreibung von Geschlechterunterschieden wurde in GEDA 2019/2020-EHIS die Geschlechtsidentität verwendet. Die Befragten konnten angeben, welchem Geschlecht sie sich zugehörig fühlen. Unter den Befragten ab 18 Jahren waren 11.959 Frauen und 10.687 Männer. 62 Befragte gaben eine andere Geschlechtsidentität an oder machten keine Angaben. In den Auswertungen nach Geschlecht werden diese Personen nicht ausgewiesen. Die Responserate betrug nach den Standards der American Association for Public Opinion Research (AAPOR) 21,6 % (RR3) [18].

Eine ausführliche Darstellung der Methodik von GEDA 2019/2020-EHIS findet sich bei [Allen et al.](#) in dieser Ausgabe des Journal of Health Monitoring [19].

## 2.2 Indikatoren

Alle hier betrachteten Aspekte eines gesundheitsfördernden Verhaltens werden mit jeweils einem Indikator abgebildet.

### Risikoarmer Alkoholkonsum

In GEDA 2019/2020-EHIS wurde der Alcohol Use Disorder Identification Test – Consumption Questions (AUDIT-C) zur Erfassung von Frequenz und Menge des Alkoholkonsums eingesetzt [20]. Dazu wurden die Teilnehmenden zunächst nach Häufigkeit ihres Alkoholkonsums in den letzten zwölf Monaten gefragt. Anschließend wurde für Personen mit mindestens wöchentlichem Konsum die Menge des Alkoholkonsums auf der Basis von Standardgetränken, differenziert nach Wochentagen (Montag bis Donnerstag) und Wochenenden (Freitag bis Sonntag), erfasst. Aus diesen Angaben kann der mittlere Konsum in Gramm Reinalkohol pro Tag geschätzt werden. Für Erwachsene wird in Deutschland in Anlehnung an evidenzbasierte Richtlinien [21, 22] ein Konsum von  $\leq 10$  Gramm reinem Alkohol pro Tag bei Frauen und  $\leq 20$  Gramm pro Tag bei Männern als risikoarm definiert. Der Indikator wird bei denjenigen als erfüllt gewertet, die angeben nie, nicht in den letzten zwölf Monaten, weniger als einmal pro Monat, einmal pro Monat oder an zwei bis drei Tagen pro Monat Alkohol zu trinken. Personen, die zwar mindestens einmal pro Woche Alkohol trinken, aber die oben genannten Grenzwerte nicht überschreiten, erfüllen den Indikator ebenfalls.

**Zu einem gesundheitsfördernden Lebensstil gehören Verhaltensweisen wie Nichtrauchen, risikoarmer Alkoholkonsum, täglicher Obst- oder Gemüseverzehr, Einhalten von Bewegungsempfehlungen und eines Körpergewichts im Normalbereich.**

### Aktuelles Nichtrauchen

Der Rauchstatus wurde mit der Frage erhoben: „Rauchen Sie Tabakprodukte, einschließlich Tabakerhitzer?“ (Antwortkategorien: „ja, täglich“, „ja, gelegentlich“, „nein, nicht mehr“, „habe noch nie geraucht“). Ausgehend von diesen Antwortkategorien wird zwischen aktuell rauchenden (täglich oder gelegentlich) und aktuell nichtrauchenden Personen (nein, nicht mehr oder habe noch nie geraucht) unterschieden. Dargestellt wird der Indikator aktuelles Nichtrauchen.

### Ausdaueraktivität

Als Indikator für körperliche Aktivität wurde das Erreichen der Mindestempfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für Ausdaueraktivität herangezogen [23, 24]. Der Indikator wurde anhand der deutschen validierten Version des European Health Interview Survey – Physical Activity Questionnaire (EHIS-PAQ) erfasst [25]. Die Teilnehmenden wurden zu ihrer körperlichen Aktivität in einer typischen Woche während der Arbeit, der Fortbewegung sowie während der Freizeit befragt. Für den Indikator wird die Dauer pro Woche berücksichtigt, in der die Teilnehmenden mindestens mäßig anstrengende körperliche Aktivität in der Freizeit sowie Radfahren zur Fortbewegung ausgeübt haben [25]. Gehen wurde für den Indikator nicht berücksichtigt. Der Indikator „Ausdaueraktivität“ gilt bei einer Dauer von mindestens 150 Minuten pro Woche als erfüllt.

### Normalgewicht

Körpergröße und Körpergewicht beruhen auf Selbstangaben der Befragten. Die Frage lautete: „Wie groß sind Sie, wenn Sie keine Schuhe tragen?“ Die Angabe erfolgte in

Zentimetern. Die Frage nach dem Körpergewicht war: „Wie viel wiegen Sie, wenn Sie keine Kleidung und Schuhe tragen? Bitte geben Sie Ihr Körpergewicht in kg an. Schwangere Frauen geben bitte ihr Gewicht vor der Schwangerschaft an“. Aus dem Verhältnis des Körpergewichts einer Person zum Quadrat der Körpergröße ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) wird der Body Mass Index (BMI) berechnet. Normalgewicht wird gemäß der WHO-Klassifikation als ein BMI im Bereich zwischen  $18,5 \text{ kg}/\text{m}^2$  und weniger als  $25 \text{ kg}/\text{m}^2$  definiert [26].

### Täglicher Obst- und Gemüseverzehr

Für den Obst- und Gemüseverzehr wurde der Indikator „mindestens täglich Obst und Gemüse“ gebildet. Der Verzehr dieser Lebensmittel wurde mit folgenden Fragen erhoben: „Wie oft essen Sie Obst? Mit einzubeziehen ist ebenfalls getrocknetes, Tiefkühl- und Dosenobst. Nicht gemeint sind hier Obstsaften“. „Wie oft essen Sie Gemüse oder Salat? Mit einzubeziehen ist getrocknetes, Tiefkühl- und Dosengemüse. Zählen Sie Kartoffeln und Gemüsesäfte bitte nicht mit“. Die jeweils fünf Antwortkategorien reichen von „täglich oder mehrmals täglich“ bis „nie“. Nur diejenigen, die bei beiden Fragen einen täglichen oder mehrmals täglichen Verzehr angaben, erhielten bei der Indikatorvariable für den Obst- und Gemüseverzehr ein „Ja“. Wenn eine der Angaben fehlte, wurde die Indikatorvariable als fehlend codiert.

### Gesundheitsfördernder Lebensstil

Auf der Basis der fünf Indikatorvariablen wird ein Summenscore für einen gesundheitsfördernden Lebensstil ermittelt. Dazu wird für jeden betrachteten Aspekt des Gesundheitsverhaltens ein Punkt vergeben, wenn der

entsprechende Indikator umgesetzt wird. Je höher der Punktwert ist, desto gesundheitsförderlicher kann der Lebensstil gewertet werden. Außerdem wird eine dichotome Variable auf Basis des Summenscores erstellt (Grenzwert  $\geq 4$ ), die abbildet, ob mindestens vier der fünf Indikatoren erreicht werden.

### Soziodemografie

Die Ergebnisse werden differenziert nach Geschlecht, Altersgruppe und Bildung dargestellt. Um die Angaben der Studienteilnehmenden zur Bildung zu klassifizieren, wurde die Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED) verwendet [27]. ISCED berücksichtigt sowohl schulische als auch berufliche Bildungsabschlüsse und ist besonders geeignet für internationale Vergleiche. Für die Analysen wurden die ISCED-Kategorien 0 bis 2 in eine untere, 3 bis 4 in eine mittlere und 5 bis 8 in eine obere Bildungsgruppe zusammengefasst.

### 2.3 Statistische Auswertungen

Die Analysen basieren auf Daten von 11.959 Frauen und 10.687 Männern im Alter von 18 bis 99 Jahren. Je Indikator werden Teilnehmende ohne Angaben für die dem Indikator zugrunde liegenden Variablen von den Analysen ausgeschlossen (292 beim Normalgewicht, 31 beim Obst- und Gemüseverzehr, 262 bei Ausdaueraktivität, 314 beim Alkoholkonsum, 9 beim Rauchen). Beim Summenscore für den gesundheitsfördernden Lebensstil werden diejenigen Teilnehmenden mit fehlenden Angaben bei einem oder mehreren Indikatoren von den Analysen ausgeschlossen (840 Teilnehmende). Liegt der Anteil für eine Kategorie

des gesundheitsfördernden Lebensstils bei unter zwei Prozent, wird diese Kategorie aufgrund der geringen Fallzahl und der damit verbundenen ungenauen Schätzung mit der nächsten Kategorie zusammengefasst dargestellt. Die individuellen Kombinationen der einzelnen Verhaltensweisen werden ermittelt und die häufigsten Kombinationen dargestellt.

Die Ergebnisse werden für Frauen und Männer getrennt nach Altersgruppe (18–29 Jahre, 30–44 Jahre, 45–64 Jahre und  $\geq 65$  Jahre) und nach Bildungsgruppe (ISCED-Klassifikation: untere, mittlere, obere) dargestellt. Um den unabhängigen Einfluss der einzelnen Parameter Geschlecht, Alters- und Bildungsgruppe auf das Gesundheitsverhalten zu prüfen, wird ein logistisches Regressionsmodell mit diesen Variablen als Einflussvariablen berechnet. Outcome-Variable ist die oben genannte dichotome Variable, die abbildet, ob mindestens vier der fünf Empfehlungen erreicht werden.

Um Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur zu korrigieren, werden die Analysen mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt. Im Rahmen der Datengewichtung erfolgt zunächst eine Gewichtung für die unterschiedlichen Auswahlwahrscheinlichkeiten (Mobilfunk und Festnetz). Anschließend erfolgt eine Anpassung an die amtlichen Bevölkerungszahlen bezogen auf Alter, Geschlecht, Bundesland und Kreistyp (Stand: 31.12.2019). Zusätzlich wird an die Bildungsverteilung im Mikrozensus 2017 nach der ISCED-Klassifikation [27] angepasst.

Die Analysen wurden mit SAS 9.4 durchgeführt. Um die Gewichtung angemessen bei der Berechnung von Konfidenzintervallen (KI) und p-Werten zu berücksichtigen, werden

alle Analysen mit den Surveyprozeduren von SAS berechnet. Es wird von einem statistisch signifikanten Unterschied zwischen Gruppen ausgegangen, wenn der entsprechende p-Wert im Rao-Scott-Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest kleiner als 0,05 ist.

### 3. Ergebnisse

Im Folgenden wird je Gesundheitsverhalten der Anteil der Bevölkerung dargestellt, der den jeweiligen Indikator in

seinem Alltag umsetzt. Dabei wird zwischen Frauen und Männern, zwischen Alters- und Bildungsgruppen unterschieden (Tabelle 1).

#### Risikoarmer Alkoholkonsum

Die große Mehrheit der Frauen und Männer trinkt keinen beziehungsweise selten Alkohol oder konsumiert Mengen unterhalb des Grenzwertes für einen riskanten Konsum (Tabelle 1). Mit Blick auf das Alter fällt auf, dass Frauen der Altersgruppe 30 bis 44 Jahre mit 91,4 % den höchsten Anteil

	Risikoarmer Alkoholkonsum <sup>1</sup>		Kein aktuelles Rauchen		Ausdaueraktivität <sup>2</sup>		Einhalten des Normalgewichts <sup>3</sup>		Täglicher Verzehr von Obst und Gemüse	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
<b>Gesamt</b>										
Frauen	88,9	(88,1–89,7)	76,0	(74,7–77,3)	44,8	(43,5–46,1)	50,0	(48,6–51,4)	45,1	(43,8–46,5)
Männer	83,9	(82,8–85,0)	66,1	(64,6–67,5)	51,2	(49,8–52,7)	38,3	(36,9–39,7)	24,1	(22,9–25,3)
p-Wert <sup>4</sup>	<0,0001		<0,0001		<0,0001		<0,0001		<0,0001	
<b>Altersgruppe</b>										
<b>Frauen</b>										
18–29 Jahre	86,4	(83,2–89,1)	69,6	(65,4–73,6)	58,9	(54,6–63,0)	66,6	(62,4–70,6)	42,1	(38,0–46,3)
30–44 Jahre	91,4	(89,8–92,8)	70,4	(67,2–73,4)	46,2	(43,1–49,4)	55,1	(51,9–58,3)	44,9	(41,8–48,0)
45–64 Jahre	87,6	(86,3–88,8)	71,8	(69,7–73,7)	47,3	(45,3–49,3)	47,0	(44,9–49,0)	43,7	(41,7–45,7)
≥ 65 Jahre	89,8	(88,5–91,0)	88,7	(87,1–90,2)	33,3	(31,2–35,4)	41,1	(38,8–43,5)	48,7	(46,3–51,1)
p-Wert <sup>4</sup>	0,0006		<0,0001		<0,0001		<0,0001		0,0108	
<b>Männer</b>										
18–29 Jahre	85,2	(82,2–87,8)	59,5	(55,7–63,3)	69,3	(65,6–72,7)	60,7	(56,9–64,4)	22,7	(19,8–25,8)
30–44 Jahre	86,4	(83,9–88,5)	55,0	(51,6–58,3)	53,5	(50,2–56,8)	40,4	(37,2–43,6)	23,4	(20,8–26,1)
45–64 Jahre	82,4	(80,5–84,2)	63,3	(60,9–65,6)	46,4	(44,1–48,7)	30,4	(28,3–32,5)	22,0	(20,2–24,0)
≥ 65 Jahre	82,7	(80,6–84,7)	86,4	(84,2–88,3)	42,6	(40,0–45,2)	31,4	(29,0–33,9)	28,9	(26,7–31,3)
p-Wert <sup>4</sup>	0,0350		<0,0001		<0,0001		<0,0001		0,0002	

KI = Konfidenzintervall

<sup>1</sup> Mittlerer Konsum von ≤ 10 Gramm reinem Alkohol pro Tag bei Frauen und ≤ 20 Gramm pro Tag bei Männern

<sup>2</sup> Erreichen der Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Ausdaueraktivität von mindestens 150 Minuten pro Woche

<sup>3</sup> Gemäß der WHO-Klassifikation ein Body Mass Index im Bereich zwischen 18,5 kg/m<sup>2</sup> und weniger als 25 kg/m<sup>2</sup>

<sup>4</sup> Rao-Scott-Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest

**Tabelle 1**  
**Umgesetzte Gesundheitsverhalten nach Geschlecht, Alter und Bildungsstatus (n = 11.959 Frauen, n = 10.687 Männer)**

Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

Fortsetzung nächste Seite

**Tabelle 1 Fortsetzung**  
Umgesetzte Gesundheitsverhalten nach  
Geschlecht, Alter und Bildungsstatus  
(n = 11.959 Frauen, n = 10.687 Männer)

Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

	Risikoarmer Alkoholkonsum <sup>1</sup>		Kein aktuelles Rauchen		Ausdaueraktivität <sup>2</sup>		Einhalten des Normalgewichts <sup>3</sup>		Täglicher Verzehr von Obst und Gemüse	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
<b>Bildungsstatus</b>										
<b>Frauen</b>										
Untere Bildungsgruppe	92,9	(90,7–94,7)	72,4	(68,6–76,0)	27,4	(24,0–31,0)	42,7	(38,7–46,8)	42,3	(38,4–46,3)
Mittlere Bildungsgruppe	89,1	(88,0–90,1)	74,7	(73,1–76,2)	46,7	(45,0–48,4)	48,8	(47,1–50,5)	42,9	(41,2–44,6)
Obere Bildungsgruppe	84,1	(82,6–85,4)	83,3	(81,7–84,7)	56,6	(54,7–58,4)	60,4	(58,5–62,1)	54,6	(52,7–56,4)
p-Wert <sup>4</sup>	<0,0001		<0,0001		<0,0001		<0,0001		<0,0001	
<b>Männer</b>										
Untere Bildungsgruppe	88,3	(84,2–91,4)	54,9	(49,5–60,2)	46,0	(40,7–51,4)	35,5	(30,7–40,7)	23,1	(19,0–27,8)
Mittlere Bildungsgruppe	83,7	(82,0–85,2)	62,5	(60,4–64,5)	49,3	(47,3–51,4)	37,6	(35,6–39,6)	21,2	(19,6–22,8)
Obere Bildungsgruppe	82,2	(80,9–83,4)	78,0	(76,6–79,4)	57,3	(55,7–58,8)	40,8	(39,2–42,4)	29,9	(28,5–31,3)
p-Wert <sup>4</sup>	0,0108		<0,0001		<0,0001		0,0715		<0,0001	

KI = Konfidenzintervall

<sup>1</sup> Mittlerer Konsum von ≤ 10 Gramm reinem Alkohol pro Tag bei Frauen und ≤ 20 Gramm pro Tag bei Männern

<sup>2</sup> Erreichen der Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Ausdaueraktivität von mindestens 150 Minuten pro Woche

<sup>3</sup> Gemäß der WHO-Klassifikation ein Body Mass Index im Bereich zwischen 18,5 kg/m<sup>2</sup> und weniger als 25 kg/m<sup>2</sup>

<sup>4</sup> Rao-Scott-Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest

**Frauen und Männer in der oberen Bildungsgruppe weisen häufiger einen gesundheitsförderlichen Lebensstil auf als diejenigen in der mittleren und unteren Bildungsgruppe.**

an risikoarmem Alkoholkonsum aufweisen ([Abbildung 1](#) und [Abbildung 2](#)). Hinsichtlich möglicher Bildungsunterschiede ist zu erkennen, dass der Anteil von Frauen mit risikoarmem Alkoholkonsum in der unteren Bildungsgruppe höher ist als bei denjenigen in der mittleren oder oberen Bildungsgruppe. Bei Männern besteht dieser Gradient ebenfalls, ist aber nur zwischen unterer und oberer Bildungsgruppe signifikant.

#### Aktuelles Nichtrauchen

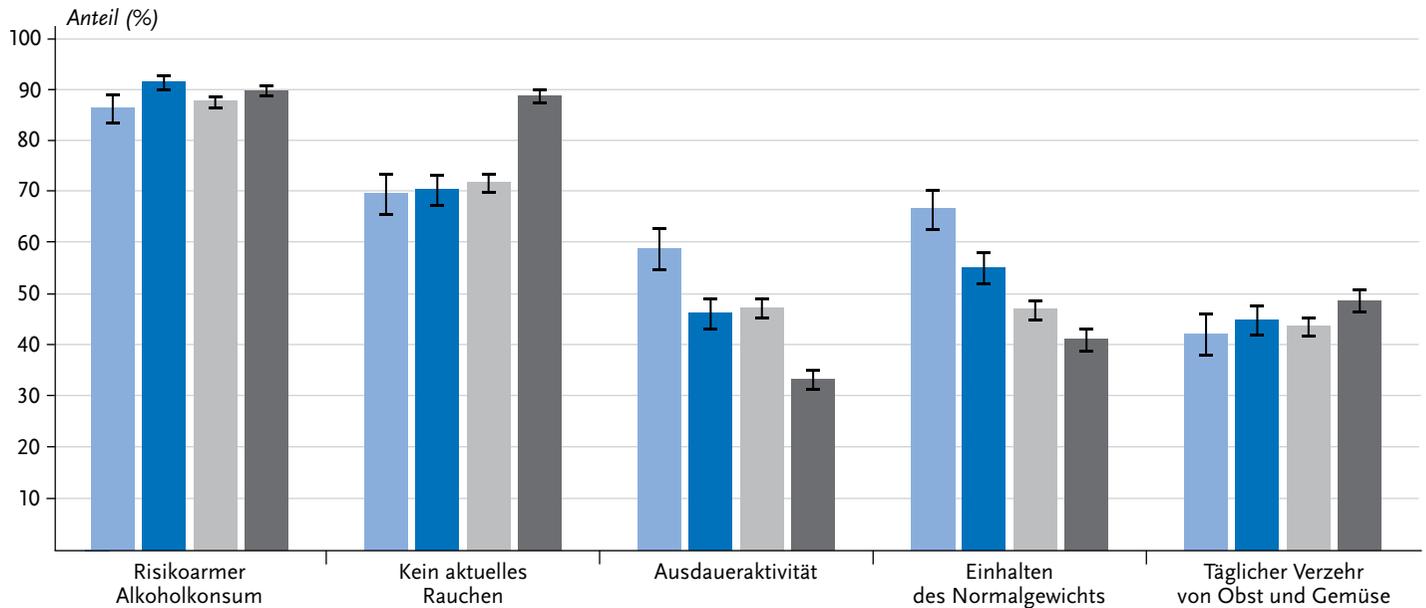
76,0% der Frauen und 66,1% der Männer rauchen aktuell nicht. Der Anteil von aktuell Nichtrauchenden ist bis zum Alter von 65 Jahren relativ stabil. Erst etwa ab dem Renteneintritt ist dieser Anteil gegenüber den jüngeren Altersgruppen signifikant größer. Außerdem besteht ein Gradient zugunsten der Personen mit höherem Bildungsabschluss,

der bei Männern besonders stark ausgeprägt ist. So beträgt der Anteil der aktuell Nichtrauchenden bei Männern in der unteren Bildungsgruppe nur etwas mehr als die Hälfte, bei denjenigen in der oberen Bildungsgruppe fast 80%.

#### Ausdaueraktivität

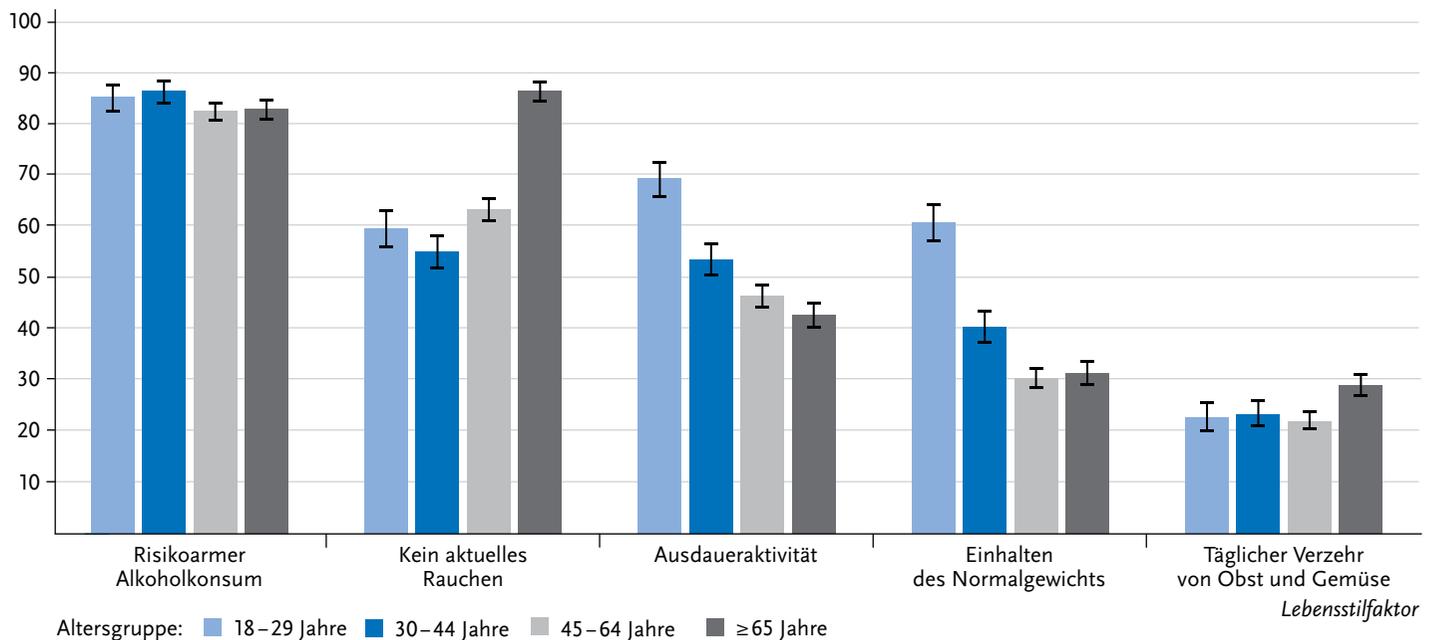
Insgesamt erfüllen 44,8% der Frauen und 51,2% der Männer die WHO-Empfehlung zur Ausdaueraktivität. Der Anteil verringert sich sowohl bei Frauen als auch bei Männern mit zunehmendem Alter. So ist der Anteil derjenigen, die die WHO-Empfehlung zur Ausdaueraktivität erfüllen, in der Altersgruppe der 18- bis 29-jährigen am höchsten und in der Altersgruppe der 65-jährigen und Älteren am niedrigsten. Eine Ausnahme stellen jedoch die Frauen im Alter von 45 bis 64 Jahren dar, die etwa gleich häufig die WHO-Empfehlung zur Ausdaueraktivität erfüllen wie die Frauen

**Abbildung 1**  
 Anteil der Frauen, die den jeweiligen Indikator  
 des Gesundheitsverhaltens umsetzen,  
 nach Alter (n=11.959)  
 Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS



Im jungen Erwachsenenalter wird ein gesundheitsförderlicher Lebensstil eher erreicht als in höheren Altersgruppen.

**Abbildung 2**  
 Anteil der Männer, die den jeweiligen Indikator  
 des Gesundheitsverhaltens umsetzen,  
 nach Alter (n=10.687)  
 Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS



## Die meisten Erwachsenen in Deutschland berichten, zwei oder drei von fünf gesundheitsfördernden Verhaltensweisen umzusetzen (56,2% der Frauen und 62,5% der Männer).

**Abbildung 3 (oben)**  
Erreichte Punktzahl der Frauen beim gesundheitsfördernden Lebensstil nach Alter (n=11.469)

Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

**Abbildung 4 (unten)**  
Erreichte Punktzahl der Männer beim gesundheitsfördernden Lebensstil nach Alter (n=10.337)

Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

im Alter von 30 bis 44 Jahren. Ferner erreichen Frauen und Männer der höchsten Bildungsgruppe die Empfehlung häufiger im Vergleich zur mittleren und unteren Bildungsgruppe. Im Gegensatz zu Männern erreichen auch Frauen der mittleren Bildungsgruppe häufiger die WHO-Empfehlung zur Ausdaueraktivität als Frauen der unteren Bildungsgruppe. Zudem sind die Bildungsunterschiede bei Frauen stärker ausgeprägt als bei Männern.

### Normalgewicht

Insgesamt weisen 50,0% der Frauen und 38,3% der Männer einen normalen BMI auf. Der Anteil an Frauen und Männern mit Normalgewicht nimmt im Lebensverlauf stetig ab: während in der Altersgruppe 18 bis 29 Jahre 66,6% der Frauen und 60,7% der Männer ein Normalgewicht aufweisen, sinkt dieser Anteil in der Altersgruppe bei den 65-Jährigen und Älteren auf 41,1% bei den Frauen und auf 31,4% bei den Männern. Zudem liegt ein Normalgewicht deutlich häufiger bei Frauen der oberen Bildungsgruppe im Vergleich zur unteren Bildungsgruppe vor.

### Täglicher Obst- und Gemüseverzehr

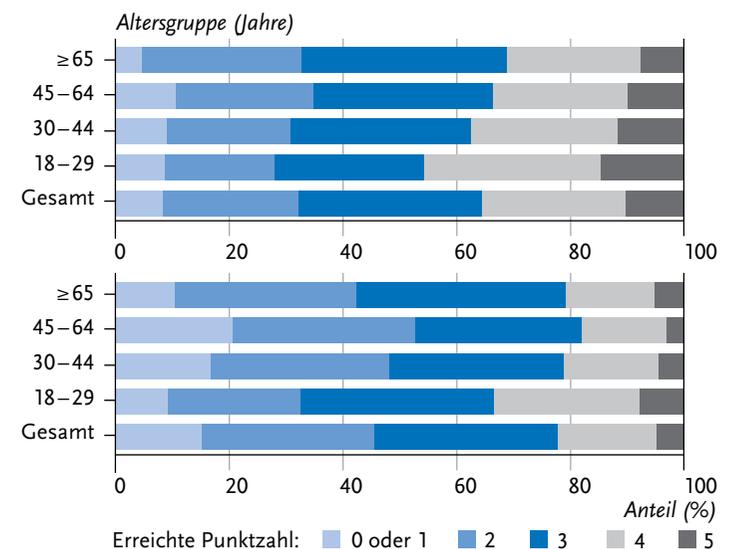
Einen täglichen Verzehr von Obst und Gemüse gaben mit 45,1% nahezu doppelt so viele Frauen wie Männer (24,1%) an. Vom jungen Erwachsenenalter bis zum Ende des Erwerbslebens ist der Anteil derjenigen, der diesen Indikator erreicht, relativ gleichbleibend. Im Rentenalter gelingt es dagegen etwas mehr Frauen und Männern täglich Obst und Gemüse in ihren Speiseplan zu integrieren. Der deutlich häufigere tägliche Verzehr von Obst und Gemüse bei Frauen gegenüber Männern bleibt jedoch bestehen. Mehr Menschen innerhalb der oberen Bildungsgruppe konsumieren täglich

Obst und Gemüse als Menschen der mittleren oder unteren Bildungsgruppe. Besonders häufig wird der Indikator von Frauen in der oberen Bildungsgruppe erreicht.

### Gesundheitsfördernder Lebensstil

Die meisten Erwachsenen in Deutschland setzen zwei oder drei der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen um (56,2% der Frauen und 62,5% der Männer). Bei mehr Frauen als Männern lagen gleichzeitig vier oder fünf der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen vor (Abbildung 3, Abbildung 4 und Annex Tabelle 1). Nur eine oder gar keine dieser Verhaltensweisen wird von 8,3% der Frauen und 15,3% der Männer im Alltag realisiert. Da der Anteil an Personen, die keine der genannten gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen ausübt, bei 1% bis 2% liegt, werden diese Kategorien zusammengefasst dargestellt.

Im jungen Erwachsenenalter erreichen 45,8% der Frauen und 33,4% der Männer vier oder fünf gesundheitsrelevante



**Tabelle 2**  
**Anteile der 15 häufigsten Kombinationen**  
**gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen**  
**nach Geschlecht**  
**(n=11.469 Frauen, n=10.337 Männer)**  
 Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

Nummer der Kombination	Risikoarmer Alkoholkonsum <sup>1</sup>	Kein aktuelles Rauchen	Ausdaueraktivität <sup>2</sup>	Einhalten des Normalgewichts <sup>3</sup>	Täglicher Verzehr von Obst und Gemüse	%
<b>Frauen</b>						
1	+	+	-	-	-	12,4
2	+	+	+	+	+	10,5
3	+	+	-	-	+	9,4
4	+	+	-	+	-	8,1
5	+	+	+	+	-	7,9
6	+	+	+	-	+	6,9
7	+	+	-	+	+	6,8
8	+	+	+	-	-	6,3
9	+	-	-	-	-	4,7
10	+	-	-	+	-	4,2
11	+	-	+	+	-	2,5
12	+	-	-	-	+	2,0
13	+	-	+	-	-	2,0
14	+	-	+	+	+	1,9
15	+	-	-	+	+	1,7
<b>Männer</b>						
1	+	+	-	-	-	13,9
2	+	+	+	-	-	13,5
3	+	+	+	+	-	8,7
4	+	-	-	-	-	7,4
5	+	+	-	+	-	5,6
6	+	+	+	-	+	5,1
7	+	-	+	+	-	4,7
8	+	+	+	+	+	4,7
9	+	-	+	-	-	4,6
10	+	+	-	-	+	4,4
11	+	-	-	+	-	4,4
12	-	+	-	-	-	2,2
13	-	+	+	-	-	2,1
14	-	-	-	-	-	2,0
15	+	+	-	+	+	1,9

+ gesundheitsfördernde Verhaltensweise wird umgesetzt, - gesundheitsfördernde Verhaltensweise wird nicht umgesetzt

<sup>1</sup> Mittlerer Konsum von  $\leq 10$  Gramm reinem Alkohol pro Tag bei Frauen und  $\leq 20$  Gramm pro Tag bei Männern

<sup>2</sup> Erreichen der Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Ausdaueraktivität von mindestens 150 Minuten pro Woche

<sup>3</sup> Gemäß der WHO-Klassifikation ein Body Mass Index im Bereich zwischen 18,5 kg/m<sup>2</sup> und weniger als 25 kg/m<sup>2</sup>

**Deutlich mehr Frauen als Männer setzen mindestens vier ausgewählte gesundheitsfördernde Verhaltensweisen um (35,6 % der Frauen und 22,1 % der Männer).**

Verhaltensweisen. Dieser Anteil ist im weiteren Lebensverlauf geringer. Auffallend ist der besonders hohe Anteil derjenigen mit höchstens einer erreichten Verhaltensweise bei Männern im Alter von 45 bis 64 Jahren, wo dies auf jeden fünften Mann zutrifft. Bei den Frauen dieser Altersgruppe trifft das nur auf jede Zehnte zu. In der Gruppe der ab 65-Jährigen ist dagegen der Anteil mit höchstens einer Verhaltensweise bei Frauen und Männern nur etwa halb so groß wie in der vorangegangenen Altersgruppe.

Ob Geschlecht, Alter und Bildungsgruppe unabhängig voneinander mit der Umsetzung eines gesunden Lebensstils assoziiert sind, wurde mittels multivariater Analysen geprüft. Frauen (OR=2,2; 95 %-KI 2,0–2,4) und Personen der hohen (OR=2,8; 95 %-KI 2,4–3,4) oder mittleren (OR=1,5; 95 %-KI 1,3–1,8) Bildungsgruppe setzen mit höherer Wahrscheinlichkeit mindestens vier der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen um. Das gilt auch für Menschen der Altersgruppe 18 bis 29 Jahre (OR=2,0; 95 %-KI 1,7–2,3) im Vergleich zur Gruppe der 65-Jährigen und Älteren.

#### Häufigste Kombinationen der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen

Neben den Punktwerten des gesundheitsfördernden Lebensstils ist die Kombination der einzelnen Verhaltensweisen interessant. Die häufigste Kombination bei Frauen ist diejenige aus Nichtrauchen und risikoarmem Alkoholkonsum (Tabelle 2). Danach folgt das gleichzeitige Erreichen aller fünf Verhaltensweisen. Bei etwas weniger Frauen ist außerdem die gleichzeitige Umsetzung von Nichtrauchen und risikoarmem Trinkverhalten mit dem täglichen Obst- und Gemüseverzehr zu beobachten.

Auch bei Männern ist die häufigste Kombination die aus Nichtrauchen und risikoarmem Trinkverhalten, gefolgt von 13,5 % der Männer, die zusätzlich auch die WHO-Empfehlung zur Ausdaueraktivität im Alltag umsetzen. Deutlich seltener zu beobachten ist die Kombination von allen Indikatoren, außer dem täglichen Obst- und Gemüseverzehr.

#### 4. Diskussion

Für einen gesunden Lebensstil wird empfohlen, sich möglichst pflanzenbasiert und vielfältig zu ernähren, regelmäßig körperlich aktiv zu sein, auf das Körpergewicht zu achten, zurückhaltend mit dem Konsum alkoholischer Getränke zu sein und nicht zu rauchen. Nur ein kleiner Teil der Bevölkerung erfüllt alle fünf dieser gesundheitsfördernden Verhaltensweisen. Die meisten Erwachsenen in Deutschland erreichen zwei oder drei der gesundheitsfördernden Verhaltensweisen. Bei jungen Erwachsenen zwischen 18 und 29 Jahren ist am häufigsten ein gesunder Lebensstil mit vier oder fünf umgesetzten Verhaltensweisen zu beobachten. Frauen weisen häufiger einen gesundheitsförderlichen Lebensstil auf als Männer und Menschen in der oberen Bildungsgruppe häufiger als diejenigen in der mittleren und unteren Bildungsgruppe.

Im späteren Erwachsenenalter ist insbesondere der Anteil derjenigen, die mindestens 150 Minuten pro Woche körperlich aktiv sind oder ein Körpergewicht im Normalbereich haben, geringer. Die Empfehlung, täglich Obst und Gemüse zu verzehren, wird von allen fünf untersuchten Aspekten des Gesundheitsverhaltens am seltensten umgesetzt. Die WHO-Empfehlung zur Ausdaueraktivität erreichen Männer häufiger als Frauen.

Nur wenige Studien beschreiben das Gesundheitsverhalten auf ähnliche Weise in einer bevölkerungsweiten Stichprobe. Diese Studien variieren außerdem in Anzahl und Art der ausgewählten Parameter des Gesundheitsverhaltens sowie deren Bewertungsmaßstäben. Jedoch ist übereinstimmend zu erkennen, dass die Gesamtheit der jeweils betrachteten Verhaltensweisen, ähnlich wie in den vorliegenden Ergebnissen, sowohl zu einem früheren Zeitpunkt in Deutschland [11], als auch europaweit [10] und auch weltweit [28–31] nur von einem geringen Anteil der erwachsenen Bevölkerung erreicht wird.

Frauen weisen häufiger als Männer ein Gesundheitsverhalten auf, das den Empfehlungen entspricht [11, 29–33], aber auch in anderen Erhebungen erreichen Männer die Empfehlungen zu körperlicher Aktivität häufiger als Frauen [11, 31]. Auch wurde in anderen Studien ein besseres Gesundheitsverhalten bei höherer Bildung beobachtet [29–31, 34]. Der Zusammenhang von Alter und Gesundheitsverhalten war weniger eindeutig: Je nach Studie und Land wiesen unterschiedliche Altersgruppen ein besseres Gesundheitsverhalten auf [10, 29, 31, 35].

In einer Meta-Analyse wurde zudem geprüft, ob es bestimmte Muster an verschiedenen gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen gibt, die gehäuft zusammen auftreten (Cluster), und ob sich die Prävalenz dieser Muster zwischen Subgruppen unterscheidet [36]. Die häufigste Kombination der vorliegenden Analyse war bei beiden Geschlechtern die von Nichtrauchen und risikoarmem Alkoholkonsum. Dies wurde auch in anderen Studien bereits beobachtet [36]. Die Kombination von gesunder Ernährung – erfasst als täglicher Obst- oder Gemüseverzehr – und regelmäßiger körperlicher Aktivität war in der

vorliegenden Analyse nur selten, obwohl zum Beispiel zur Prävention von Übergewicht empfohlen wird, sowohl ein günstiges Ernährungsverhalten als auch körperliche Aktivität zu adressieren [37, 38]. Allerdings wird in der vorliegenden Studie das Ernährungsverhalten durch den erfassten Parameter sehr vereinfacht dargestellt, was möglicherweise den geringeren Zusammenhang mit körperlicher Aktivität oder BMI erklärt.

Für die Prävention von Erkrankungen ist sowohl die Anzahl der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen als auch die Kombinationen, in denen diese auftreten, wichtig [6, 39, 40]. So waren insbesondere Kombinationen, die Rauchen beinhalteten mit einem erhöhten Risiko für die Gesamtmortalität und die Mortalität durch kardiovaskuläre Erkrankungen verbunden [6]. Hingegen waren die Lebensjahre frei von nichtübertragbaren Erkrankungen (u. a. Diabetes mellitus und Herz-Kreislauf-Erkrankungen) besonders hoch bei Lebensstilkombinationen mit Normalgewicht und mindestens zwei der Faktoren Nichtrauchen, moderater Alkoholkonsum und körperliche Aktivität [39].

Die Studie GEDA 2019/2020-EHIS beruht auf einer großen Stichprobe, die repräsentative Aussagen für Deutschland ermöglicht [19]. Die telefonische Befragung wurde mit einer hohen Standardisierung durchgeführt. Eine Limitation der Studie liegt im Erhebungsmodus begründet. Die Selbstangaben aus Befragungen können im Vergleich zu Messwerten zum Beispiel bei Körpergröße und -gewicht zu einer Beeinflussung der Ergebnisse führen, da Menschen dazu tendieren, ihr Körpergewicht zu unterschätzen und ihre Körpergröße zu überschätzen [41]. Mit den vorliegenden Auswertungen wurde außerdem lediglich eine Auswahl an Verhaltensweisen, die als Bestandteile eines

gesundheitsförderlichen Lebensstils gelten, untersucht. Zum Beispiel konnten Schlafverhalten oder der Umgang mit Stress mit den vorliegenden Daten nicht berücksichtigt werden. Analog zu anderen Studien, wurde hier das Einhalten eines Körpergewichts im Normalbereich als eine eigenständige gesundheitsfördernde Verhaltensweise betrachtet [7–9, 11, 29–31], obwohl dieses auch als Resultat des Zusammenspiels von Ernährung und Bewegung gesehen werden kann. Insgesamt gibt es keine einheitlich etablierte Definition für einen gesunden Lebensstil und die Operationalisierungen unterscheiden sich zwischen einzelnen Studien [10, 11, 28–30].

Darüber hinaus beruht der dargestellte gesundheitsfördernde Lebensstil auf einem einfachen Summenscore. Dieser wertet die einzelnen Gesundheitsverhalten gleich, obwohl die präventive Bedeutung unterschiedlich sein kann und je nach Zielvariable (Risiko für bestimmte Erkrankungen, krankheitsspezifische Mortalität oder Gesamtmortalität) auch variiert. Bei einem Summenscore von zwei kann noch nicht von einem allgemein gesunden Lebensstil ausgegangen werden, da dies bedeutet, dass drei der Empfehlungen nicht erreicht werden. Für einen Lebensstil mit mindestens vier gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen wurde jedoch durch viele Studien ein positiver Effekt auf die Gesundheit ermittelt [7].

Die verwendeten Indikatoren basieren auf dem Fragebogen des European Health Interview Survey (EHIS) [15, 16]. Je nach Indikator unterscheiden sich hierbei die Bezugszeiträume (z. B. „im letzten Jahr“ beim Alkoholkonsum oder „aktuell“ beim Rauchen). Das Gesundheitsverhalten wurde im vorliegenden Artikel anhand von Empfehlungen und Grenzwerten bewertet. Die gewählten

Grenzwerte stellen jedoch eine grobe Vereinfachung des Verhaltens dar. Wäre zum Beispiel als Indikator für körperliche Aktivität das Erreichen beider Aspekte der WHO-Empfehlung, nämlich die Empfehlung zur Ausdaueraktivität und die Empfehlung zur Muskelkräftigung (an mindestens zwei Tagen pro Woche) [23, 24] herangezogen worden, würden die gesamten WHO-Empfehlungen lediglich von 23,1 % der Frauen und 29,0 % der Männer erreicht werden. Die gewählten Grenzwerte erlauben darüber hinaus keine weiteren Differenzierungen: So wird ein nichttäglicher Obstverzehr trotz hohem Gemüseverzehr nicht zum Erreichen des Indikators „tägliches Obst- und Gemüseverzehr“ führen. Dies illustriert, dass auch unterhalb des gewählten Grenzwerts eine Verbesserung des individuellen Gesundheitsverhaltens wünschenswert wäre und einen gesundheitlichen Nutzen haben könnte. Beim Alkoholkonsum gibt es im Hinblick auf die Reduktion der Gesamtmortalität darüber hinaus die Einschätzung, möglichst überhaupt keine alkoholischen Getränke zu konsumieren [42]. Außerdem könnten die hier betrachteten Verhaltensweisen noch differenzierter bewertet werden, Ernährung zum Beispiel anhand weiterer Lebensmittel. Dafür stehen in der vorliegenden Befragung jedoch nicht ausreichend Informationen zur Verfügung.

Weitere Informationen zur Studie sind andernorts ausführlich beschrieben [19]. Ein Teil der Datenerhebung von GEDA 2019/2020-EHIS fiel in den Beginn der COVID-19-Pandemie, die ab Mitte März 2020 zu umfangreichen Eindämmungsmaßnahmen, Kontaktbeschränkungen, Schließungen von Schulen, Geschäften, Gastronomie und vieler öffentlicher Einrichtungen führte. Erste Auswertungen zu möglichen Auswirkungen dieser Maßnahmen auf das

Gesundheitsverhalten zeigen ein höheres Körpergewicht und einen höheren BMI im Vergleich zum Vergleichszeitraum 2019, während die Zahl der Tabakrauchenden abgenommen hat [43]. Es zeigt sich, dass die Maßnahmen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie Veränderungen einzelner Verhaltensweisen zur Folge haben, deren Einfluss auf die zukünftige Gesundheit des Einzelnen und der Bevölkerung noch nicht absehbar sind [44].

Die Ergebnisse belegen, dass sich gesundheitsbezogene Verhaltensweisen zwischen Altersgruppen und zwischen Geschlechtern zum Teil deutlich unterscheiden. Dies verdeutlicht, dass präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen möglichst den heterogenen Bedarfen, Bedürfnissen und Lebensumständen der Menschen Rechnung tragen sollten. So konsumieren Männer seltener zumindest täglich Obst und Gemüse, während Frauen seltener im empfohlenen Umfang körperlich aktiv sind. Entsprechende geschlechtsbezogene Angebote der Gesundheitsförderung können hier ansetzen. Diese können aber nur dann wirksam sein, wenn sie die spezifischen, geschlechtsbezogenen Ursachen und Barrieren für gesundheitsförderndes beziehungsweise riskantes Verhalten berücksichtigen, wie sie zum Beispiel in Geschlechterrollen oder sozialen Konstrukten von Weiblichkeit oder Männlichkeit begründet sind [45]. Dies gilt nicht nur für die Ansprache [46, 47], sondern auch für verhältnisbezogene Interventionen und strukturelle Änderungen, die unter Umständen Frauen und Männern unterschiedliche Handlungsmöglichkeiten eröffnen. Bislang gibt es wenig Forschung zur geschlechtersensiblen Ausrichtung von Präventionsmaßnahmen, insbesondere auch zu der Frage, wie derartige Maßnahmen die Geschlechterstereotype idealerweise

nicht verfestigen, sondern abbauen (sogenannte gendertransformative Prävention) [48, 49].

Auch Altersgruppen unterscheiden sich in ihren Gesundheitsverhalten. So zeigt sich, dass der Anteil der Nichtraucher mit steigendem Alter zunimmt und in der Altersgruppe derjenigen, die 65 Jahre und älter sind, am höchsten ist; das Einhalten der WHO-Empfehlung zur Ausdaueraktivität nimmt hingegen mit steigendem Alter ab. Die Ursachen für diese Unterschiede können vielfältig sein. So könnte beispielsweise die abnehmende körperliche Fitness und die Zunahme von Gebrechlichkeit gerade in der Gruppe der über 65-Jährigen die altersbezogenen Unterschiede im Bewegungsverhalten erklären. Neben biologischen können aber auch soziale Aspekte eine Rolle spielen. So gibt es Hinweise, dass bestimmte biografische Ereignisse und Veränderungen im Lebenslauf Auswirkungen auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und BMI haben können, zum Beispiel das Ausscheiden aus der Erwerbstätigkeit oder Veränderungen im Familienstatus (Familiengründung, Scheidung, Verwitwung, Auszug der Kinder) [50–53]. Die beobachteten besonders günstigen Gesundheitsverhalten in der Gruppe der 65-Jährigen und Älteren (z. B. Nichtrauchen) könnten auch durch Selektionseffekte mit beeinflusst sein, da der Anteil von Personen mit starkem Risikoverhalten durch möglicherweise verkürzte Lebenserwartung in hohen Altersgruppen geringer sein kann.

Insgesamt können weder Alter noch Geschlecht allein die unterschiedlichen Prävalenzen von gesundheitsrelevantem Verhalten erklären. Auch sozioökonomische Faktoren spielen eine wichtige Rolle. Über alle Altersgruppen und alle betrachteten Verhaltensweisen hinweg zeigt sich,

dass der Anteil mit günstigem Gesundheitsverhalten bei Menschen mit höherer Bildung signifikant höher ist als bei Menschen mit niedriger Bildung. Ein derartiger Zusammenhang ist in der Literatur bereits beschrieben [34] und verdeutlicht, dass präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen so geplant werden müssen, dass sie vor allem Menschen mit niedriger Bildung gesundheitsbezogene Handlungsmöglichkeiten eröffnen. Der riskante Alkoholkonsum stellt in diesem Zusammenhang eine Ausnahme dar: Hier zeigen die Ergebnisse, dass Frauen der unteren Bildungsgruppe häufiger einen risikoarmen Alkoholkonsum haben als Frauen in der hohen Bildungsgruppe. Das bestätigen auch andere nationale und internationale Studien [54, 55]. Als Erklärung wird unter anderem diskutiert, dass unterschiedliche Rollenorientierungen von Frauen existieren, wonach höhere Bildung, höhere berufliche Anforderungen und ein höheres Einkommen mit einer eher „männlichen“ Rollenorientierung verbunden sind, was sich auch im riskanten Alkoholkonsum zeigt [56]. Diese Ergebnisse können aber auch im Zusammenhang mit Veränderungen kultureller und sozialer Normen gesehen werden, einschließlich der Veränderungen der sozialen Stellung der Frau in der Gesellschaft [57]. Konsummuster und Produkte sowie Art und Anlass des Alkoholkonsums müssten vor dem Hintergrund geschlechts- und soziallyagenbezogener Unterschiede weiter untersucht werden. Insgesamt ist weitere Forschung dazu notwendig, wie es Interventionen gelingen kann, gesundheitliche Chancengleichheit zu erreichen.

Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen ergeben sich nicht nur auf Ebene einzelner gesundheitsbezogener Verhaltensweisen, sondern auch, wenn man den Lebensstil

als Summenscore der ausgewählten fünf günstigen Verhaltensweisen betrachtet. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen: In der jüngsten befragten Altersgruppe (18 bis 29 Jahre) finden sich die meisten Personen, die vier oder fünf der empfohlenen Verhaltensweisen kombinieren. Doch selbst in dieser Altersgruppe sind dies bei den Männern nur 33,0% der Befragten, bei den Frauen sind es mit 45,3% deutlich mehr. Ein solcher Summenscore ist hilfreich, um die präventive Bedeutung des jeweiligen gesamten Lebensstils einzuschätzen. Je mehr günstige Verhaltensweisen kombiniert werden, als desto wahrscheinlicher gilt es, dass das Morbiditätsrisiko für verschiedene chronische Erkrankungen sinkt [8].

Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und Lebensverhältnisse erweisen sich oft als Widerstände für gesundheitsförderliches Verhalten, statt dieses zu befördern. Solange die gesunde Entscheidung nicht die leichtere Entscheidung ist [58], wird es für Menschen schwierig bleiben, alle gesundheitsförderlichen Lebensweisen im Alltag regelmäßig zu realisieren. Entsprechende Maßnahmen müssen daher darauf hinwirken, nicht isoliert einzelne Gesundheitsverhalten zu fördern (z. B. nur Bewegung), sondern Voraussetzungen schaffen, dass Menschen ihr größtmögliches Gesundheitspotenzial in verschiedenen Bereichen verwirklichen können. Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch, dass neben den positiven Effekten der untersuchten Verhaltensweisen für den Einzelnen, eine pflanzenbasierte Ernährung mit reichlich Obst und Gemüse oder eine Steigerung der körperlichen Aktivität durch die Bewegung zu Fuß oder mit dem Fahrrad als Ersatz für motorisierten Transport auch einen Beitrag zum Klimaschutz leisten können [59].

Die Daten zeigen, dass Maßnahmen unterstützt werden sollten, die es ermöglichen auch über das junge Erwachsenenalter hinaus gesunde Gewohnheiten beizubehalten und im Alltag zu realisieren. Insgesamt weisen die Daten darauf hin, dass bestimmte gesundheitsfördernde, aber auch bestimmte riskante Verhaltensweisen gemeinsam auftreten. Sie erfordern daher Interventionsansätze, die den interaktiven Charakter von Verhaltensweisen berücksichtigen. Benötigt werden effektive Ansätze, die die Veränderung multipler Gesundheitsverhaltensweisen ermöglichen, geschlechtersensibel ausgerichtet sind und insbesondere für sozial benachteiligte Gruppen konzipiert und zugänglich sein müssen.

**Korrespondenzadresse**

Dr. Almut Richter  
Robert Koch-Institut  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring  
General-Pape-Str. 62–66  
12101 Berlin  
E-Mail: [RichterA@rki.de](mailto:RichterA@rki.de)

**Zitierweise**

Richter A, Schienkiewitz A, Starker A, Krug S, Domanska O et al. (2021)  
Gesundheitsfördernde Verhaltensweisen bei Erwachsenen  
in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS.  
Journal of Health Monitoring 6(3): 28–48.  
DOI 10.25646/8460.2

Die englische Version des Artikels ist verfügbar unter:  
[www.rki.de/journalhealthmonitoring-en](http://www.rki.de/journalhealthmonitoring-en)

**Datenschutz und Ethik**

GEDA 2019/2020-EHIS unterliegt der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Die Ethikkommission der Charité – Universitätsmedizin Berlin hat die Studie unter ethischen Gesichtspunkten geprüft und der Durchführung des Studienvorhabens zugestimmt (Antragsnummer EA2/070/19). Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden wurden über die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihre mündliche Einwilligung (informed consent).

**Förderungshinweis**

GEDA 2019/2020-EHIS wurde mit Mitteln des Robert Koch-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit finanziert.

**Interessenkonflikt**

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

**Danksagung**

Unser Dank richtet sich in erster Linie an alle Teilnehmenden der Studie GEDA 2019/2020-EHIS.

Die Autorinnen und Autoren danken darüber hinaus Stefan Damerow, Jennifer Allen, Johannes Lemcke, Franziska Prütz und Alexander Rommel der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts für die Erstellung von Textbausteinen zur Beschreibung der Studie GEDA 2019/2020-EHIS.

## Literatur

1. Wengler A, Rommel A, Plaß D et al. (2021) Verlorene Lebensjahre durch Tod. *Dtsch Arztebl International* 118(9):137–144
2. World Health Organization (2004) Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. WHO, Geneva
3. Ding D, Rogers K, van der Ploeg H et al. (2015) Traditional and Emerging Lifestyle Risk Behaviors and All-Cause Mortality in Middle-Aged and Older Adults: Evidence from a Large Population-Based Australian Cohort. *PLoS Med* 12(12):e1001917
4. Khaw KT, Wareham N, Bingham S et al. (2008) Combined impact of health behaviours and mortality in men and women: the EPIC-Norfolk prospective population study. *PLoS Med* 5(1):e12
5. Kirkegaard H, Johnsen NF, Christensen J et al. (2010) Association of adherence to lifestyle recommendations and risk of colorectal cancer: a prospective Danish cohort study. *BMJ* 341:c5504
6. Krokstad S, Ding D, Grunseit AC et al. (2017) Multiple lifestyle behaviours and mortality, findings from a large population-based Norwegian cohort study – The HUNT Study. *BMC Public Health* 17(1):58
7. Loef M, Walach H (2012) The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: a systematic review and meta-analysis. *Prev Med* 55(3):163–170
8. Barbaresko J, Rienks J, Nothlings U (2018) Lifestyle Indices and Cardiovascular Disease Risk: A Meta-analysis. *Am J Prev Med* 55(4):555–564
9. Li Y, Pan A, Wang DD et al. (2018) Impact of Healthy Lifestyle Factors on Life Expectancies in the US Population. *Circulation* 138(4):345–355
10. Marques A, Peralta M, Martins J et al. (2019) Few European Adults are Living a Healthy Lifestyle. *Am J Health Promot* 33(3):391–398
11. Buttery AK, Mensink GBM, Busch MA (2015) Healthy behaviours and mental health: findings from the German Health Update (GEDA). *Eur J Public Health* 25(2):219–225
12. Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg) (2017) Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin
13. Kurth BM, Lange C, Kamtsiuris P et al. (2009) Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut. Sachstand und Perspektiven. *Bundesgesundheitsbl* 52:557–570
14. Lange C, Jentsch F, Allen J et al. (2015) Data Resource Profile: German Health Update (GEDA) – the health interview survey for adults in Germany. *Int J Epidemiol* 44(2):442–450
15. Lange C, Finger JD, Allen J et al. (2017) Implementation of the European health interview survey (EHIS) into the German health update (GEDA). *Arch Public Health* 75:40
16. European Commission, Eurostat (2018) European Health Interview Survey (EHIS wave 3). Methodological manual. European Commission, Luxembourg
17. von der Heyde C (2013) Das ADM-Stichprobensystem für Telefonbefragungen. [https://www.gessgroup.de/wp-content/uploads/2016/09/Beschreibung-ADM-Telefonstichproben\\_DE-2013.pdf](https://www.gessgroup.de/wp-content/uploads/2016/09/Beschreibung-ADM-Telefonstichproben_DE-2013.pdf) (Stand: 16.06.2021)
18. American Association for Public Opinion Research (AAPOR) (2016) Standard definitions – final disposition codes of case codes and outcome rates for surveys. AAPOR, Deerfield
19. Allen J, Born S, Damerow S et al. (2021) Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS) – Hintergrund und Methodik. *Journal of Health Monitoring* 6(3): 72–87. [www.rki.de/johm-2021](http://www.rki.de/johm-2021) (Stand: 15.09.2021)
20. Bush K, Kivlahan DR, McDonnell MB et al. (1998) The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Arch Intern Med* 158(16):1789–1795
21. Burger M, Brönstrup A, Pietrzik K (2004) Derivation of tolerable upper alcohol intake levels in Germany: a systematic review of risks and benefits of moderate alcohol consumption. *Prev Med* 39(1):111–127
22. Seitz H, Bühringer G, Mann K (2007) Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS zu Grenzwerten für den Konsum alkoholischer Getränke. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), Hamm
23. World Health Organization (WHO) (2010) Global recommendations on physical activity for health. WHO, Geneva
24. World Health Organization (2020) WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. WHO, Geneva
25. Finger JD, Tafforeau J, Gisle L et al. (2015) Development of the European Health Interview Survey. Physical Activity Questionnaire (EHIS-PAQ) to monitor physical activity in the European Union. *Arch Public Health* 73:59

26. World Health Organization (2000) Obesity: preventing and managing the global epidemic. Technical Report Series 894. WHO, Geneva
27. UNESCO Institute for Statistics (2012) International Standard Classification of Education ISCED 2011. <http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/international-standard-classification-of-education-isced-2011-en.pdf> (Stand: 15.03.2021)
28. Adams ML, Katz DL, Shenson D (2016) A healthy lifestyle composite measure: Significance and potential uses. *Prev Med* 84:41–47
29. Reeves MJ, Rafferty AP (2005) Healthy lifestyle characteristics among adults in the United States, 2000. *Arch Intern Med* 165(8):854–857
30. Lee Y, Back JH, Kim J et al. (2012) Clustering of multiple healthy lifestyles among older Korean adults living in the community. *Geriatr Gerontol Int* 12(3):515–523
31. Ryu S, Park J, Choi S et al. (2014) Associations between socio-demographic characteristics and healthy lifestyles in Korean Adults: the result of the 2010 Community Health Survey. *J Prev Med Public Health* 47(2):113–123
32. Manz K, Mensink GBM, Finger JD et al. (2019) Associations between Physical Activity and Food Intake among Children and Adolescents: Results of KiGGS Wave 2. *Nutrients* 11:1060
33. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2020) Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin
34. Finger JD, Hoebel J, Kuntz B et al. (2019) Bildungsunterschiede in der Prävalenz verhaltensbezogener Risikofaktoren in Deutschland und der EU – Ergebnisse des European Health Interview Survey (EHIS) 2. *Journal of Health Monitoring* 4(4):31–51. <https://edoc.rki.de/handle/176904/6240> (Stand: 16.06.2021)
35. Finger JD, Busch MA, Heidemann C et al. (2019) Time trends in healthy lifestyle among adults in Germany: Results from three national health interview and examination surveys between 1990 and 2011. *Plos One* 14(9):e0222218
36. Noble N, Paul C, Turon H et al. (2015) Which modifiable health risk behaviours are related? A systematic review of the clustering of Smoking, Nutrition, Alcohol and Physical activity ('SNAP') health risk factors. *Prev Med* 81:16–41
37. MacArthur G, Caldwell DM, Redmore J et al. (2018) Individual-, family-, and school-level interventions targeting multiple risk behaviours in young people. *Cochrane Database Syst Rev* 10:CD009927
38. Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG) e. V., Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) e. V., Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) e. V. (2014) Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“. [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/050-001\\_S3\\_Adipositas\\_Pr%C3%A4vention\\_Therapie\\_2014-11-abgelaufen.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/050-001_S3_Adipositas_Pr%C3%A4vention_Therapie_2014-11-abgelaufen.pdf) (Stand: 16.06.2021)
39. Nyberg ST, Singh-Manoux A, Pentti J et al. (2020) Association of Healthy Lifestyle With Years Lived Without Major Chronic Diseases. *JAMA Intern Med* 180(5):760–768
40. May AM, Struijk EA, Fransen HP et al. (2015) The impact of a healthy lifestyle on Disability-Adjusted Life Years: a prospective cohort study. *BMC Med* 13:39
41. Connor Gorber S, Tremblay M, Moher D et al. (2007) A comparison of direct vs. self-report measures for assessing height, weight and body mass index: a systematic review. *Obes Rev* 8(4):307–326
42. Degenhardt L, Charlson F, Ferrari A et al. (2018) The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Psychiatry* 5(12):987–1012
43. Damerow S, Rommel A, Prütz F et al. (2020) Die gesundheitliche Lage in Deutschland in der Anfangsphase der COVID-19-Pandemie. Zeitliche Entwicklung ausgewählter Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. *Journal of Health Monitoring* 5(4): 3–22. <https://edoc.rki.de/handle/176904/7548.2> (Stand: 16.06.2021)
44. Jordan S, Starker A, Krug S et al. (2020) Gesundheitsverhalten und COVID-19: Erste Erkenntnisse zur Pandemie. *Journal of Health Monitoring* 5(S8):2–16. <https://edoc.rki.de/handle/176904/6993> (Stand: 16.06.2021)
45. Courtenay WH (2000) Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med* 50(10):1385–1401
46. Deitermann B, Patzelt C, Heim S et al. (2011) Erfolgreiche Prävention braucht eine geschlechtergerechte Ansprache. *Public Health Forum* 19(2):9.e1–9.e3
47. Reifegerste D (2019) Geschlechtersensible Gesundheitskommunikation. *Public Health Forum* 27(2):154–156
48. Fleming PJ, Lee JG, Dworkin SL (2014) "Real men don't": constructions of masculinity and inadvertent harm in public health interventions. *Am J Public Health* 104(6):1029–1035

49. Brandt T, Gencer H, Jahn I (2019) Gendertransformative Prävention und Gesundheitsförderung. *Public Health Forum* 27(2):126–128
50. Bourassa KJ, Ruiz JM, Sbarra DA (2019) Smoking and Physical Activity Explain the Increased Mortality Risk Following Marital Separation and Divorce: Evidence From the English Longitudinal Study of Ageing. *Ann Behav Med* 53(3):255–266
51. Dinour L, Leung MM, Tripicchio G et al. (2012) The Association between Marital Transitions, Body Mass Index, and Weight: A Review of the Literature. *J Obes* 2012:294974
52. Sauter A, Curbach J, Rueter J et al. (2019) German senior citizens' capabilities for physical activity: a qualitative study. *Health Promot Int* 34(6):1117–1129
53. Rueter J, Brandstetter S, Curbach J et al. (2020) How Older Citizens in Germany Perceive and Handle Their Food Environment – A Qualitative Exploratory Study. *Int J Environ Res Public Health* 17(19)
54. Grittner U, Kuntsche S, Gmel G et al. (2013) Alcohol consumption and social inequality at the individual and country levels – results from an international study. *Eur J Public Health* 23(2):332–339
55. Bloomfield K, Grittner U, Kramer S et al. (2006) Social inequalities in alcohol consumption and alcohol-related problems in the study countries of the EU concerted action 'Gender, Culture and Alcohol Problems: a Multi-national Study'. *Alcohol and alcoholism* 41(suppl\_1):i26–i36
56. Schnuerer I, Gaertner B, Baumann S et al. (2013) Gender-specific predictors of risky alcohol use among general hospital inpatients. *Gen Hosp Psychiatry* 35(1):9–15
57. Devaux M, Sassi F (2015) Alcohol consumption and harmful drinking: Trends and social disparities across OECD countries", OECD Health Working Papers, No. 79. OECD Publishing, Paris. <https://www.oecd-ilibrary.org/content/paper/5js1qwkz2p9s-en> (Stand: 10.03.2021)
58. World Health Organization (1986) Ottawa Charter on Health Promotion. WHO, Kopenhagen
59. Bundesministerium für Umwelt Naturschutz und nukleare Sicherheit (Hrsg) (2020) Fakten, Trends und Impulse deutscher Klimapolitik. Ausgabe 2020. [https://www.bmu.de/fileadmin/Daten\\_BMU/Pools/Broschueren/klimaschutz\\_zahlen\\_2020\\_broschuere\\_bf.pdf](https://www.bmu.de/fileadmin/Daten_BMU/Pools/Broschueren/klimaschutz_zahlen_2020_broschuere_bf.pdf) (Stand: 16.06.2021)

**Annex Tabelle 1**  
**Verteilung der erreichten Punktzahl**  
**beim gesundheitsfördernden Lebensstil**  
**nach Geschlecht und Alter**  
**(n=11.469 Frauen, n=10.337 Männer)**  
 Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

Erreichte Punktzahl	Altersgruppe				
	Gesamt	18–29 Jahre	30–44 Jahre	45–64 Jahre	≥ 65 Jahre
<b>Frauen</b>					
<b>0 oder 1</b>	8,3 %	8,6 %	9,0 %	10,6 %	4,7 %
<b>2</b>	24,0 %	19,3 %	21,8 %	24,2 %	28,0 %
<b>3</b>	32,2 %	26,4 %	31,7 %	31,7 %	36,2 %
<b>4</b>	25,1 %	31,0 %	25,8 %	23,5 %	23,4 %
<b>5</b>	10,5 %	14,8 %	11,7 %	10,0 %	7,7 %
<b>Männer</b>					
<b>0 oder 1</b>	15,3 %	9,2 %	16,8 %	20,6 %	10,4 %
<b>2</b>	30,3 %	23,3 %	31,4 %	32,1 %	31,9 %
<b>3</b>	32,2 %	34,1 %	30,6 %	29,4 %	37,0 %
<b>4</b>	17,4 %	25,7 %	16,7 %	14,9 %	15,5 %
<b>5</b>	4,7 %	7,7 %	4,6 %	3,0 %	5,2 %

## Impressum

### Journal of Health Monitoring

#### Herausgeber

Robert Koch-Institut  
Nordufer 20  
13353 Berlin

#### Redaktion

Johanna Gutsche, Dr. Birte Hintzpeter, Dr. Franziska Prütz,  
Dr. Martina Rabenberg, Dr. Alexander Rommel, Dr. Livia Ryl,  
Dr. Anke-Christine Saß, Stefanie Seeling, Dr. Thomas Ziese  
Robert Koch-Institut  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring  
Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung  
General-Pape-Str. 62–66  
12101 Berlin  
Tel.: 030-18 754-3400  
E-Mail: [healthmonitoring@rki.de](mailto:healthmonitoring@rki.de)  
[www.rki.de/journalhealthmonitoring](http://www.rki.de/journalhealthmonitoring)

#### Satz

Kerstin Möllerke, Alexander Krönke

ISSN 2511-2708

#### Hinweis

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die  
Meinung des Robert Koch-Instituts wider.

#### Erratum zu Seite 47

In der Tabelle „Annex Tabelle 1“ auf Seite 47 wurde die  
Benennung der fünf Ergebnisspalten (vier Altersgruppen  
plus Gesamtangabe) versehentlich verschoben, sodass über  
den korrekten Prozentzahlen falsche Überschriften standen.  
Der Beitrag wurde korrigiert.



Dieses Werk ist lizenziert unter einer  
Creative Commons Namensnennung 4.0  
International Lizenz.



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im  
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Journal of Health Monitoring · 2021 6(3)  
DOI 10.25646/8554  
Robert Koch-Institut, Berlin

Franziska Prütz, Alexander Rommel,  
Julia Thom, Yong Du,  
Giselle Sarganas, Anne Starker

Robert Koch-Institut, Berlin  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheits-  
monitoring

Eingereicht: 03.05.2021  
Akzeptiert: 25.06.2021  
Veröffentlicht: 15.09.2021

# Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS

## Abstract

Die ambulante Gesundheitsversorgung spielt für die Erkennung und Behandlung von Gesundheitsproblemen eine wichtige Rolle. Informationen zur Nutzung der unterschiedlichen Versorgungsangebote und deren Einflussfaktoren werden zur gesundheitspolitischen Steuerung und Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung benötigt. Der vorliegende Beitrag enthält aktuelle Daten zur Inanspruchnahme ambulanter Gesundheitsleistungen auf Basis der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS), einer bundesweiten Querschnittbefragung der in Deutschland lebenden Wohnbevölkerung und Bestandteil des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut.

Rund 80% der ab 18-jährigen Bevölkerung waren mindestens einmal im Jahr in haus- beziehungsweise allgemeinärztlicher, 60% in fachärztlicher, 10% in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung. Weniger als die Hälfte der Anspruchsberechtigten nahm einen Stuhltest in den letzten zwei Jahren, etwas mehr als die Hälfte eine Darmspiegelung innerhalb der letzten zehn Jahre in Anspruch. Rund 80% der Frauen und 70% der Männer ließen innerhalb eines Jahres ihren Blutdruck, jeweils rund 60% Blutfettwerte und Blutzucker kontrollieren. Über 50% gaben an, in den letzten zwei Wochen ärztlich verordnete Medikamente eingenommen zu haben. Tendenziell nimmt bei den meisten der betrachteten Indikatoren die Inanspruchnahme mit dem Alter zu und ist bei Frauen höher als bei Männern, Ausnahme ist unter anderem die psychiatrische und psychotherapeutische Inanspruchnahme.

📌 AMBULANTE VERSORGUNG · KREBSFRÜHERKENNUNG · PSYCHOTHERAPIE · BLUTDRUCKKONTROLLE · ARZNEIMITTEL

## 1. Einleitung

Die ambulante Gesundheitsversorgung spielt für die Erkennung und Behandlung von Gesundheitsproblemen eine wichtige Rolle. Den größten Bereich bildet die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung, in Deutschland vor allem durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Als meist erste Anlaufstelle im professionellen medizinischen

Versorgungssystem stellen sie bei gesundheitlichen Beschwerden Behandlungsbedarf fest, führen Untersuchungen und Behandlungen durch und veranlassen bei Bedarf weitere Leistungen im Gesundheits- und Sozialwesen [1]. Rund 90% der Erwachsenen in Deutschland nehmen jährlich ambulante ärztliche oder psychotherapeutische Leistungen in Anspruch [2].

Zur ärztlichen Versorgung zählen auch Kontrolluntersuchungen von Blutdruck, Cholesterin und Blutzucker.

## GEDA 2019/2020-EHIS

Fünfte Folgerhebung der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell

**Datenhalter:** Robert Koch-Institut

**Ziele:** Bereitstellung zuverlässiger Informationen über den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Deutschland, mit Möglichkeit zum europäischen Vergleich

**Studiendesign:** Telefonische Querschnitterhebung

**Grundgesamtheit:** Deutschsprachige Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten, die über Festnetz oder Mobilfunk erreichbar sind

**Stichprobenziehung:** Zufallsstichprobe von Festnetz- und Mobilfunknummern (Dual-Frame-Verfahren) aus dem Stichprobensystem des ADM (Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e. V.)

**Stichprobenumfang:** 23.001 Teilnehmende

**Datenerhebungszeitraum:** April 2019 bis September 2020

### GEDA-Erhebungswellen:

- ▶ GEDA 2009
- ▶ GEDA 2010
- ▶ GEDA 2012
- ▶ GEDA 2014/2015-EHIS
- ▶ GEDA 2019/2020-EHIS

Mehr Informationen unter [www.geda-studie.de](http://www.geda-studie.de)

Diese spielen eine wichtige Rolle für die Prävention, Diagnose und das Management von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes und sind wichtige Aspekte der Versorgungsqualität. Gesundheitssurveys zeigen zwischen 1997/1998 und 2008 bis 2011 einen deutlichen Anstieg der Durchführung von Blutdruckkontrollen bei Menschen mit Bluthochdruck [3] sowie einen Rückgang des unerkannten Bluthochdrucks [4] und des unerkannten Diabetes [5] in Deutschland.

Auch die Arzneimittelversorgung ist ein wesentlicher Bestandteil der Therapie von gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Störungen und Erkrankungen. Im Zeitraum 2014 bis 2015 nahm mehr als die Hälfte der Bevölkerung innerhalb von zwei Wochen ärztlich verordnete Medikamente ein, in der Altersgruppe ab 65 Jahren waren es über 85% [6].

Außerdem fällt der Bereich der präventiven Versorgung in die Zuständigkeit der ambulanten Gesundheitsversorgung, zum Beispiel das Angebot von Impfungen oder Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Dazu gehören Untersuchungen zur Früherkennung von Darmkrebs, die für Versicherte ab 50 Jahren als Stuhltest oder als Darmspiegelung (Koloskopie) angeboten werden, je nach Alter und Geschlecht in verschiedenen zeitlichen Abständen. Die Kosten werden von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen und eine Teilnahme ist freiwillig [7]. Seit Juli 2019 wird das Darmkrebs-Screening als organisiertes Programm mit Einlade- und Informationswesen angeboten. Bis dahin nahmen nach Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland etwa 18% der Anspruchsberechtigten den Test auf verstecktes Blut im Stuhl in Anspruch (Zeitraum 2017–2018) und etwa 15% eine Koloskopie (Zeitraum 2009–2018) [8]. Die

Koloskopie wird neben der Früherkennung von Darmkrebs auch zur Abklärung von Symptomen eingesetzt, sodass die Inanspruchnahme dieser Untersuchung insgesamt höher liegt [9].

Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen werden im „Behavioural Model of Health Services“ nach Andersen [10, 11] beschrieben. Dieses unterscheidet drei Gruppen von Faktoren: (i) prädisponierende Faktoren wie Geschlecht, Alter, Bildung oder beruflichen Status, (ii) Ressourcen zur Ermöglichung der Inanspruchnahme, zum Beispiel das Einkommen, die Art der Krankenversicherung oder die Erreichbarkeit von Einrichtungen, sowie (iii) Bedarfsfaktoren, von denen vor allem der Gesundheitszustand eine zentrale Rolle spielt [10]. Haben prädisponierende oder ermöglichende Faktoren einen starken Einfluss auf die Inanspruchnahme, der durch unterschiedliche medizinische Bedarfe nicht zu erklären ist, besteht die Gefahr einer sozial ungleichen Versorgungssituation.

Zur gesundheitspolitischen Steuerung und Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung einschließlich der Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung [12] werden Informationen zur Nutzung von Versorgungsangeboten und ihren Determinanten benötigt. So nehmen beispielsweise in Regionen mit relativ vielen Psychotherapeutinnen und -therapeuten Personen mit depressiver Symptomatik deren Hilfe deutlich häufiger in Anspruch [13]. Analysen zur Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung können mit Abrechnungsdaten von Krankenkassen und kassenärztlichen Vereinigungen sowie mit Daten aus Bevölkerungsbefragungen (Surveydaten) durchgeführt werden. Surveydaten zur Inanspruchnahme stehen unter anderem aus dem Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut zur Verfügung.

**Rund 80 % der Bevölkerung ab 18 Jahren nehmen mindestens einmal im Jahr haus- beziehungsweise allgemeinärztliche Leistungen in Anspruch, rund 60 % fachärztliche Leistungen.**

Sie ermöglichen im Gegensatz zu den Abrechnungsdaten eine differenzierte Beschreibung hinsichtlich sozialer und anderer Einflussfaktoren [14–16].

Der vorliegende Beitrag enthält Eckdaten zur aktuellen Inanspruchnahme der allgemein- und fachärztlichen sowie der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Erwachsenen in Deutschland aus der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. Darüber hinaus werden Ergebnisse zur Inanspruchnahme ausgewählter ambulanter Leistungen – Stuhlbluttest und Koloskopie, Kontrolle von Blutdruck, Blutfetten und Blutzucker durch medizinisches Fachpersonal sowie die Anwendung ärztlich verordneter Arzneimittel – dargestellt. In Bezug auf die Einflussfaktoren der ambulanten Inanspruchnahme wird der Fokus auf die prädisponierenden Faktoren Alter, Geschlecht und Bildung gelegt.

## 2. Methode

### 2.1 Studiendesign und Stichprobe

Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) ist eine bundesweite Querschnittbefragung der in Deutschland lebenden Wohnbevölkerung. Die GEDA-Studie wird seit 2008 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit vom Robert Koch-Institut (RKI) in mehrjährigen Abständen durchgeführt und ist ein Bestandteil des Gesundheitsmonitorings am RKI [17, 18]. Die fünfte Folgerhebung, GEDA 2019/2020-EHIS, fand zwischen April 2019 und September 2020 statt. Wie bereits in der Welle 2014/2015 wurde der Fragebogen des European Health Interview Survey (EHIS) vollständig integriert [19, 20]. Die aktuelle GEDA-Welle wurde als telefonische Befragung mittels eines programmierten, vollstruk-

turierten Fragebogens durchgeführt (Computer Assisted Telephone Interview, CATI). Sie basiert auf einer Zufallsstichprobe von Festnetz- und Mobilfunknummern (Dual-Frame-Verfahren) [21]. Die Grundgesamtheit umfasst die in privaten Haushalten lebende Bevölkerung ab 15 Jahren, deren üblicher Aufenthaltsort zum Zeitpunkt der Datenerhebung in Deutschland liegt. Insgesamt haben 23.001 Personen mit vollständigen Interviews an der Studie GEDA 2019/2020-EHIS teilgenommen. Die Responserate betrug nach den Standards der American Association for Public Opinion Research (AAPOR) 21,6 % (RR3) [22]. Eine ausführliche Darstellung der Methodik von GEDA 2019/2020-EHIS inklusive einer Erläuterung und differenzierteren Darstellung der Responseraten findet sich bei [Allen et al.](#) in dieser Ausgabe des Journal of Health Monitoring [23].

### 2.2 Indikatoren

#### Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen

Die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen wurde mit der Frage erfasst: „Wann haben Sie zuletzt einen Allgemeinmediziner oder Hausarzt konsultiert, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?“ Mit derselben Formulierung wurden Besuche bei Fachärztinnen und Fachärzten erfragt. Es wurden zwei dichotome Variablen gebildet, die Befragte mit haus- beziehungsweise allgemeinärztlicher Inanspruchnahme (im Folgenden als „allgemeinärztliche Inanspruchnahme“ bezeichnet) sowie mit fachärztlicher Inanspruchnahme in den letzten zwölf Monaten von Befragten ohne entsprechende Inanspruchnahme unterscheiden.

### Psychiatrische und psychotherapeutische Inanspruchnahme

Für psychische Beschwerden und Störungen wurde die Inanspruchnahme spezialisierter Versorgung spezifisch erfasst. Die Teilnehmenden wurden gefragt: „Waren Sie in den letzten 12 Monaten bei einem Psychologen, Psychotherapeuten oder Psychiater, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?“ Antwortmöglichkeiten waren „ja“, „nein“, „weiß nicht“ und „keine Angabe“. Im Folgenden wird zusammenfassend von „psychotherapeutischer und psychiatrischer“ Inanspruchnahme gesprochen, wobei Leistungen von Psychologinnen und Psychologen ohne Approbation, die zum Beispiel im Rahmen ambulanter Suchtberatung erbracht werden, mitgemeint sind.

### Inanspruchnahme von Stuhlbluttest und Koloskopie

In GEDA 2019/2020-EHIS wurde die Inanspruchnahme von Untersuchungen zur Darmkrebsfrüherkennung erhoben. Gefragt wurde „Wann wurde bei Ihnen zuletzt ein Test auf verstecktes Blut im Stuhl durchgeführt?“ und „Wann wurde bei Ihnen zuletzt eine Darmspiegelung/Koloskopie durchgeführt?“ Als Antwortmöglichkeiten standen Angaben zu Zeiträumen von „innerhalb der letzten 12 Monate“ bis „vor 10 Jahren oder mehr“ zur Verfügung sowie die Antwortkategorie „nie“, anhand derer eingeschätzt werden kann, ob die jeweils letzte Untersuchung gemäß den Richtlinien in dem für die jeweilige Alters- und Geschlechtsgruppe empfohlenen Untersuchungsintervall lag [7]. Dargestellt wird die turnusgemäße Inanspruchnahme von Stuhltest und Koloskopie: für Frauen und Männer im Alter von 50 bis 54 Jahren die Inanspruchnahme eines Stuhltests innerhalb der letzten zwölf Monate, für Frauen und Männer ab

55 Jahren die Inanspruchnahme eines Stuhltests innerhalb der letzten zwei Jahre, für Männer ab 50 Jahren und Frauen ab 55 Jahren die Inanspruchnahme einer Koloskopie innerhalb der letzten zehn Jahre.

### Kontrolle von Blutdruck, Blutfetten, Blutzucker durch medizinisches Fachpersonal

Die Erhebung zur Kontrolle von Blutdruck von medizinischem Fachpersonal erfolgte mit der Frage „Wann wurde Ihr Blutdruck zuletzt von medizinischem Fachpersonal gemessen?“ Bei der Frage wurden fünf Antwortmöglichkeiten angegeben: „innerhalb der letzten 12 Monate“, „vor 1 bis weniger als 3 Jahren“, „vor 3 bis weniger als 5 Jahren“, „vor 5 Jahren oder mehr“ und „nie“. Basierend auf den Antworten wurde eine dichotome Variable zur Kontrolle von Blutdruck in den letzten zwölf Monaten gebildet (ja/nein). Mit einer analogen Formulierung wurde Kontrolle von Blutfettwerten beziehungsweise Cholesterin und Blutzucker von medizinischem Fachpersonal in den letzten zwölf Monaten erfasst.

### Einnahme ärztlich verordneter Arzneimittel

Die Anwendung von ärztlich verordneten Medikamenten in den letzten zwei Wochen vor der Befragung wurde über die Prävalenz des aktuell verschriebenen Medikamentengebrauchs abgebildet. Die Teilnehmenden wurden gefragt: „Haben Sie in den letzten 2 Wochen Medikamente eingenommen, die Ihnen von einem Arzt verschrieben wurden? Nicht gemeint sind die Pille oder andere Hormonpräparate zur Empfängnisverhütung“. Als Antwortmöglichkeiten waren vorgegeben: „ja“, „nein“, „weiß nicht“ und „keine Angabe“.

## Die Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen ist bei Frauen im Alter von 18 bis 29 Jahren am höchsten.

### Soziodemografie

Neben dem Alter der Befragten wurden auch das Geschlecht und die Bildung als Determinanten der Inanspruchnahme berücksichtigt. Zur Beschreibung von Geschlechterunterschieden wurde in GEDA 2019/2020-EHIS die Geschlechtsidentität verwendet. Die Befragten konnten angeben, welchem Geschlecht sie sich zugehörig fühlen. Unter den Befragten ab 18 Jahren waren 11.959 Frauen und 10.687 Männer. 62 Befragte gaben eine andere Geschlechtsidentität an oder machten keine Angaben. In den Auswertungen nach Geschlecht werden diese Personen nicht ausgewiesen. Um die Angaben der Studienteilnehmenden zur Bildung zu klassifizieren, wurde die Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED) verwendet [24]. ISCED berücksichtigt sowohl schulische als auch berufliche Bildungsabschlüsse und ist besonders geeignet für internationale Vergleiche. Für die Analysen wurden die ISCED-Kategorien 0 bis 2 in eine untere, 3 bis 4 in eine mittlere und 5 bis 8 in eine obere Bildungsgruppe zusammengefasst.

### 2.3 Statistische Auswertungen

Die Analysen basieren auf Daten von 22.646 Teilnehmenden (11.959 Frauen, 10.687 Männer) im Alter von 18 bis 99 Jahren. Je nach Indikator wurden Teilnehmende ohne Angaben für die dem Indikator zugrunde liegenden Variablen von den Analysen ausgeschlossen (27 bei der allgemeinärztlichen, 60 bei der fachärztlichen und 11 bei der psychiatrischen und psychotherapeutischen Inanspruchnahme, 179 bei der Blutdruck-, 684 bei der Blutfettwerte- und 1.100 bei der Blutzuckerkontrolle sowie 3 bei der Anwendung ärztlich verordneter Medikamente). Basis für die Analysen

zur Inanspruchnahme des Stuhltest sind die Daten von 5.507 Teilnehmenden (3.058 Frauen, 2.449 Männer) und zur Inanspruchnahme der Darmspiegelung von 8.408 Teilnehmenden (4.329 Frauen, 4.079 Männer).

Um Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur zu korrigieren, wurden alle Analysen mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt. Dazu erfolgte zunächst eine Designgewichtung für die unterschiedlichen Auswahlwahrscheinlichkeiten (Mobilfunk und Festnetz). Anschließend erfolgte eine Anpassung an die amtlichen Bevölkerungszahlen bezogen auf Alter, Geschlecht, Bundesland und Kreistyp (Stand: 31.12.2019). Zusätzlich wurde an die Bildungsverteilung im Mikrozensus 2017 nach der ISCED-Klassifikation [25] angepasst.

Die Analysen wurden mit SAS 9.4 durchgeführt. Um die Gewichtung angemessen bei der Berechnung von Konfidenzintervallen und p-Werten zu berücksichtigen, wurden alle Analysen mit den Surveyprozeduren von SAS berechnet. Es wird von einem statistisch signifikanten Unterschied zwischen Gruppen ausgegangen, wenn der entsprechende p-Wert kleiner als 0,05 ist.

## 3. Ergebnisse

### 3.1 Allgemeinärztliche und fachärztliche Inanspruchnahme

84,2% der Frauen und 79,5% der Männer geben an, in den letzten zwölf Monaten in allgemeinärztlicher Behandlung gewesen zu sein. Mit einem Anteil von 67,8% bei den Frauen und 53,3% bei den Männern werden fachärztliche Leistungen seltener in Anspruch genommen. Tendenziell nimmt die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen mit dem Alter zu und Geschlechterunterschiede in Richtung

## Bei der mit dem Alter zunehmenden Inanspruchnahme der Darmspiegelung bestehen keine Geschlechts- und Bildungsunterschiede.

Abbildung 1

Inanspruchnahme allgemeinärztlicher, fachärztlicher sowie psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen in den letzten zwölf Monaten nach Geschlecht und Alter (Allgemeinärztliche Leistungen n=11.945 Frauen, n=10.675 Männer; fachärztliche Leistungen n=11.925 Frauen, n=10.663 Männer; psychiatrische/psychotherapeutische Leistungen n=11.953 Frauen, n=10.682 Männer)

Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

einer höheren Inanspruchnahme bei Frauen bleiben erhalten (Abbildung 1 und Annex Tabelle 1). In Bezug auf Bildung gibt es eine Tendenz zu einer stärkeren allgemeinärztlichen Inanspruchnahme unter Personen aus der unteren im Vergleich zu Personen aus der mittleren und oberen Bildungsgruppe. Ein umgekehrter Zusammenhang findet sich zugunsten einer häufigeren Nutzung fachärztlicher Angebote bei Personen aus der oberen Bildungsgruppe. Dieser Zusammenhang ist bei Frauen deutlich ausgeprägter als bei Männern (Abbildung 5, Abbildung 6 und Annex Tabelle 1).

### 3.2 Psychiatrische und psychotherapeutische Inanspruchnahme

12,7% der Frauen und 8,9% der Männer berichten eine Inanspruchnahme psychotherapeutischer und psychiatrischer Leistungen in den vergangenen zwölf Monaten. Die Häufigkeit unterscheidet sich zwischen den Lebensphasen. Von Personen ab 65 Jahren wird die geringste Nutzung der betreffenden Angebote angegeben (Frauen 5,3%, Männer 3,8%). Bei Frauen fällt der Wert im Alter 18 bis 29 Jahre mit

19,2% fast viermal so hoch aus. Bei Männern wird in der Altersgruppe 45 bis 64 Jahre am häufigsten von Kontakt zu den benannten Berufsgruppen berichtet, mit 11,6% etwa dreimal so häufig wie bei 65-Jährigen und Älteren (Abbildung 1 und Annex Tabelle 1). Gleichermaßen zeigen sich Geschlechterunterschiede im Vergleich der Bildungsgruppen. So lässt sich bei Frauen kein Bildungsgradient nachweisen, wohingegen Männer in der unteren Bildungsgruppe (13,0%) in etwa doppelt so häufig wie in der oberen Bildungsgruppe (6,7%) spezialisierte Versorgung für psychische Beschwerden oder Störungen aufsuchen (Abbildung 5, Abbildung 6 und Annex Tabelle 1).

### 3.3 Inanspruchnahme von Stuhltest und Koloskopie

Entsprechend den Empfehlungen hat etwa ein Drittel der Frauen im Alter von 50 bis 54 Jahren innerhalb der letzten zwölf Monate einen Stuhltest machen lassen (34,2%), bei den Männern war es ein Fünftel (20,2%). Dieser Unterschied ist signifikant (Daten nicht gezeigt). Einen Test innerhalb der letzten zwei Jahre geben deutlich mehr Personen an,

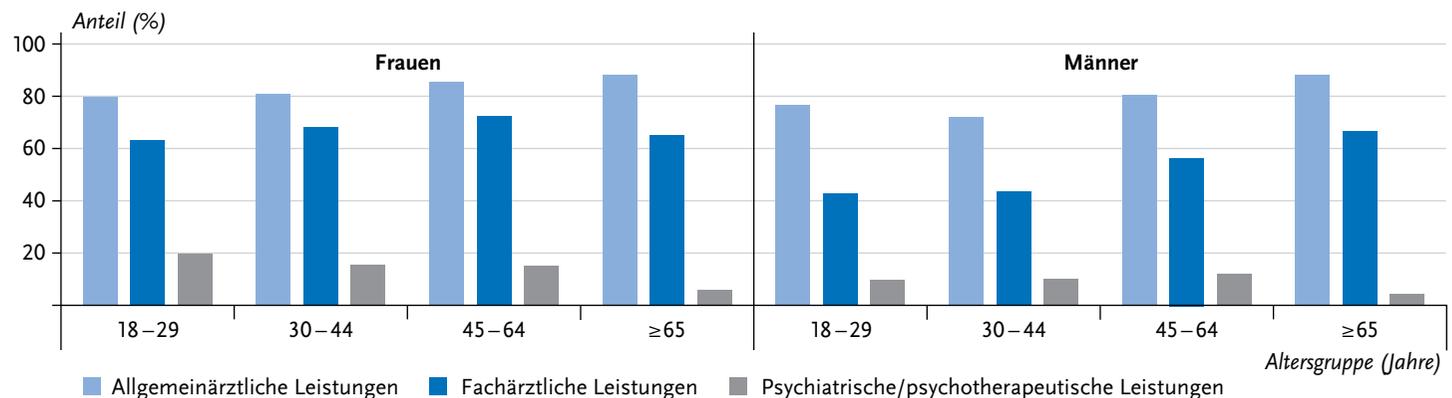
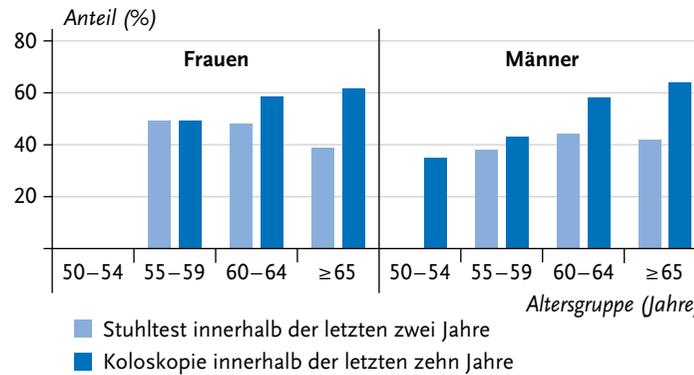


Abbildung 2

Turnusgemäße Inanspruchnahme von Stuhltest und Koloskopie nach Geschlecht und Alter (Stuhltest n=3.058 Frauen, n=2.449 Männer; Koloskopie n=4.329 Frauen, n=4.079 Männer)  
Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS



wobei insgesamt kaum Unterschiede zwischen Frauen und Männern bestehen (Abbildung 2 und Annex Tabelle 2). Auffallend ist, dass die Inanspruchnahme bei den Frauen mit dem Alter abnimmt: Gegenüber den 55- bis 59-Jährigen nehmen signifikant weniger Frauen diese Untersuchung in Anspruch. Dagegen nimmt bei den Männern die Inanspruchnahme des Stuhltests mit dem Alter in der Tendenz eher zu. Bei der Koloskopie zeigt sich, dass diese signifikant häufiger von Menschen ab 60 Jahren in Anspruch genommen wird als von Personen im jüngeren Alter.

**Die Kontrolle von Blutdruck, Blutfetten und Blutzucker nimmt mit dem Alter zu und ist häufiger bei Frauen als bei Männern, vor allem in den Altersgruppen 18 bis 44 Jahre.**

### 3.4 Kontrolle von Blutdruck, Blutfetten und Blutzucker durch medizinisches Fachpersonal

Der Anteil der Personen, bei denen der Blutdruck in den letzten zwölf Monaten von medizinischem Fachpersonal kontrolliert wurde, beträgt bei Frauen 81,0 % und bei Männern 70,7 %. Sowohl bei Frauen als auch bei Männern steigt der Anteil mit dem Alter signifikant an. Bei jüngeren Frauen in den Altersgruppen 18 bis 29 und 30 bis 44 Jahre ist er signifikant höher als bei gleichaltrigen Männern, dagegen lassen sich in den Altersgruppen 45 bis 64 und ab 65 Jahren keine Geschlechterunterschiede finden (Abbildung 3). In Bezug auf die Kontrolle von Blutfetten und Blutzucker ergaben sich ähnliche Ergebnisse. So gaben 64,7 % der Frauen und 59,4 % der Männer an, dass ihre Blutfettwerte in den letzten zwölf Monaten von medizinischem Fachpersonal kontrolliert wurden. 62,3 % der Frauen und 57,4 % der Männer berichten, dass bei ihnen die Blutzuckerwerte in den letzten zwölf Monaten von medizinischem Fachpersonal bestimmt worden seien.

Abbildung 3

Kontrolle von Blutdruck, Blutfetten, Blutzucker durch medizinisches Fachpersonal in den letzten zwölf Monaten nach Geschlecht und Alter (Kontrolle von Blutdruck n=11.873 Frauen, n=10.597 Männer; Blutfetten n=11.622 Frauen, n=10.341 Männer; Blutzucker n=11.383 Frauen, n=10.168 Männer)  
Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

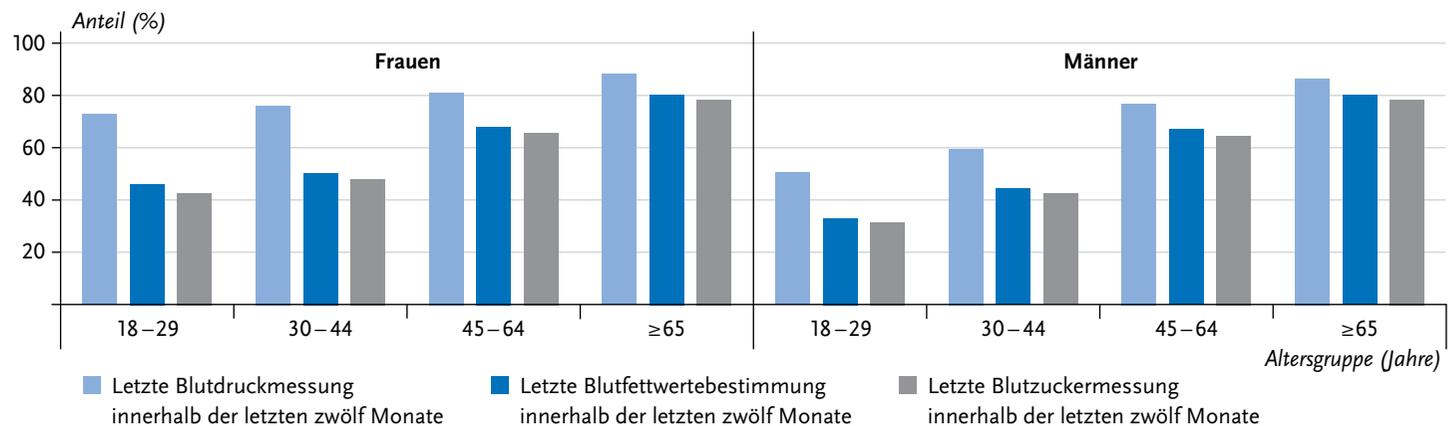


Abbildung 4

Anwendung ärztlich verordneter Arzneimittel in den letzten zwei Wochen nach Geschlecht und Alter (n=11.958 Frauen, n=10.686 Männer)

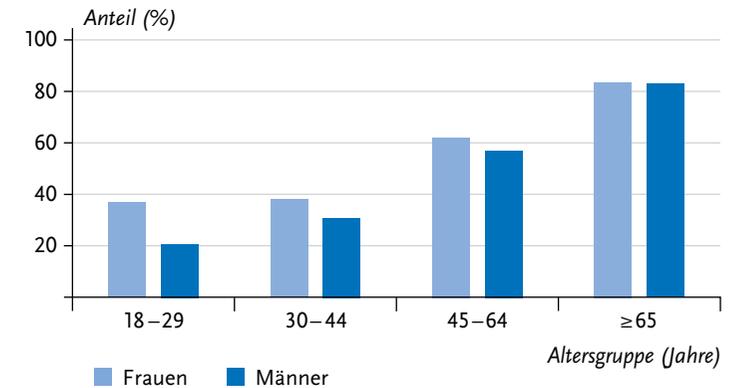
Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

**Die Einnahme ärztlich verordneter Arzneimittel ist häufiger bei Frauen, bei älteren Menschen und bei Personen aus der unteren Bildungsgruppe.**

Auch nimmt der Anteil von Personen mit Kontrolle von Blutfett und Blutzucker mit dem Alter signifikant zu. Signifikante Geschlechterunterschiede zeigen sich nur in den jüngeren Altersgruppen 18 bis 29 und 30 bis 44 Jahre (Abbildung 3). Bezüglich der Bildung zeigen sich bei Männern keine Unterschiede in der Kontrolle von Blutdruck und Blutfetten zwischen Personen aus der unteren im Vergleich zu Personen aus der mittleren und der oberen Bildungsgruppe. Männer aus der unteren Bildungsgruppe haben einen niedrigeren Anteil in der Kontrolle von Blutzucker als Männer aus der mittleren und der oberen Bildungsgruppe (Abbildung 6). Bei Frauen zeigt sich ein deutlicher Bildungsgradient in der Kontrolle von Blutfett und Blutzucker, aber nicht in der Kontrolle von Blutdruck. Frauen aus der unteren Bildungsgruppe haben einen höheren Anteil in der Kontrolle von Blutfetten und Blutzucker als Frauen aus der mittleren und der oberen Bildungsgruppe (Abbildung 5).

### 3.5 Einnahme ärztlich verordneter Arzneimittel

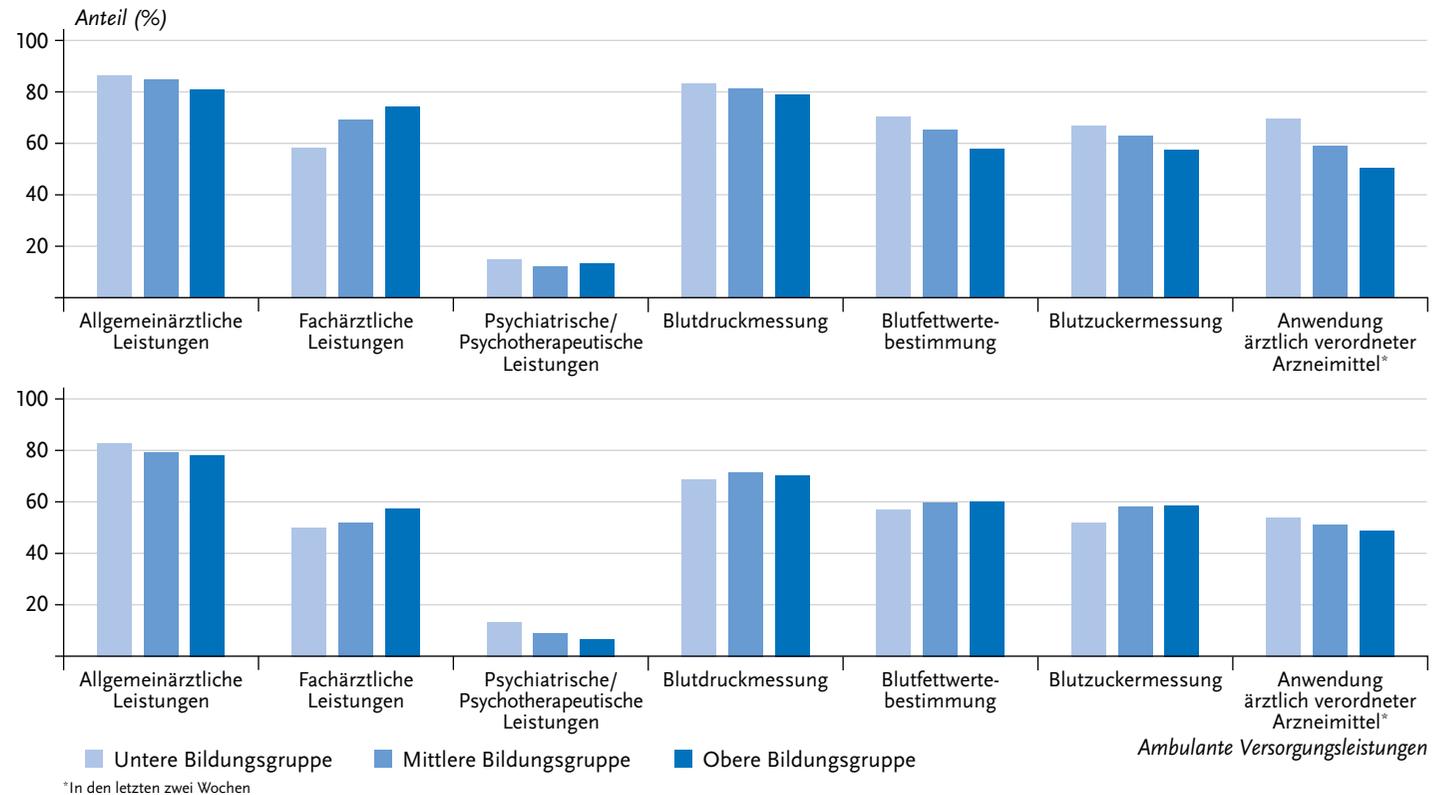
Über die Hälfte aller Studienteilnehmenden (59,2 % der Frauen und 50,6 % der Männer) gaben an, in den letzten zwei Wochen ärztlich verordnete Medikamente eingenommen zu haben (Abbildung 4 und Annex Tabelle 1). Die Einnahmeprävalenz unterscheidet sich signifikant zwischen den Lebensphasen und nimmt im Altersverlauf zu: So nahmen in der jüngsten Altersgruppe (18 bis 29 Jahre) 36,9 % der Frauen und 20,7 % der Männer in den letzten zwei Wochen ärztlich verordnete Medikamente ein, während die Anwendungsprävalenzen bei den 65-Jährigen und Älteren weit höher lagen (83,6 % bei Frauen und



83,0 % bei Männern). Geschlechterunterschiede in der Anwendung ärztlich verschriebener Medikamente waren in den Altersgruppen 18 bis 29, 30 bis 44 und 45 bis 64 Jahre zu verzeichnen, mit signifikant höheren Anwendungsprävalenzen bei Frauen als bei Männern. Ab 65 Jahren glichen sich die Anwendungsprävalenzen an. Frauen aus der unteren Bildungsgruppe (69,3 %) wiesen signifikant höhere Prävalenzen der Anwendung ärztlichverordneter Medikamente auf als Frauen aus der oberen Bildungsgruppe (50,2 %) (Abbildung 5). Bei Männern konnte man auch diesen sozialen Gradienten beobachten, jedoch war dies nicht statistisch signifikant (Abbildung 6).

**Abbildung 5 (oben)**  
Inanspruchnahme ambulanter Versorgungsleistungen in den letzten zwölf Monaten bei Frauen nach Bildungsstatus  
Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

**Abbildung 6 (unten)**  
Inanspruchnahme ambulanter Versorgungsleistungen in den letzten zwölf Monaten bei Männern nach Bildungsstatus  
Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS



#### 4. Diskussion

Der vorliegende Beitrag beschreibt Eckdaten der Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen der ambulanten Versorgung in Deutschland. Neben präventiven Leistungen am Beispiel der Darmkrebsfrüherkennung werden die ärztliche und psychiatrisch-psychotherapeutische Inanspruchnahme, wichtige medizinische Kontrolluntersuchungen sowie die Einnahme von Medikamenten in den Blick genommen. Tendenziell zeigen sich Geschlechterunterschiede im Sinne einer höheren Inanspruchnahme

von Gesundheitsleistungen durch Frauen. Viele Gesundheitsleistungen werden zudem mit zunehmendem Alter häufiger genutzt und für einen Teil der Indikatoren lassen sich Bildungsunterschiede beobachten.

##### 4.1 Allgemeinärztliche und fachärztliche Inanspruchnahme

Etwa acht von zehn Befragten haben in den zwölf Monaten vor der Befragung haus- beziehungsweise allgemeinärztliche Leistungen in Anspruch genommen. Fachärztliche Leistungen wurden von rund sechs von zehn Befragten

innerhalb eines Jahres und damit etwas seltener genutzt. Die grundsätzlich hohe ambulante ärztliche Inanspruchnahme in Deutschland ist aus früheren Untersuchungen bekannt [2, 26]. Eine erste Analyse der GEDA-2019/2020-EHIS-Daten im zeitlichen Verlauf in der Anfangsphase der COVID-19-Pandemie zeigte, dass die Nutzung allgemein- und fachärztlicher Leistungen im Jahr 2020 im Zuge der Eindämmungsmaßnahmen kurzzeitig deutlich zurückgegangen ist [27]. Gemittelt über den gesamten Erhebungszeitraum muss daher eine leichte Unterschätzung der Nutzung ambulant ärztlicher Leistungen in der vorliegenden Untersuchung in Rechnung gestellt werden. Eine höhere Inanspruchnahme mit zunehmendem Alter infolge steigender Morbidität ist in der Literatur zu den Einflussfaktoren der Nutzung vieler Gesundheitsleistungen ebenfalls gut belegt, gleiches gilt für eine höhere Inanspruchnahme bei Frauen im Vergleich zu Männern [11, 26]. Als Erklärung für die Geschlechterunterschiede wird häufig eine höhere körperliche Sensibilität bei Frauen angeführt sowie eine größere Bereitschaft, Hilfe anzunehmen und auch präventive Angebote stärker zu nutzen. Männer neigen dagegen stärker dazu, medizinische Leistungen erst in Anspruch zu nehmen, wenn sich Erkrankungen bereits manifestiert haben [26]. Damit erklärt sich auch die tendenzielle Abnahme der Geschlechterunterschiede mit zunehmendem Alter, wenn Behandlungsanlässe morbiditätsbedingt zunehmen. Sozioökonomische Unterschiede in der Versorgung finden sich bereits im Kindesalter [28]. Ein bekanntes Muster ist darüber hinaus die Tendenz einer höheren Inanspruchnahme allgemeinmedizinischer Leistungen mit abnehmendem sozioökonomischen Status, der in der vorliegenden Untersuchung über die Bildung der Befragten operationalisiert

wurde. Diese geht einher mit einer Tendenz zur stärkeren Nutzung fachärztlicher Leistungen bei hohem sozioökonomischen Status [29, 30]. Diese sozioökonomischen Unterschiede erklären sich teilweise dadurch, dass Personen mit geringem sozioökonomischen Status eher dazu neigen, Hausärztinnen und Hausärzte als Gatekeeper (d. h. als Lotsen durch das Gesundheitssystem) zu nutzen und fachärztliche Leistungen erst auf deren Anraten in Anspruch zu nehmen [31]. Aufgrund der unterschiedlichen Gesundheitssysteme sind europäische Vergleiche nur eingeschränkt möglich. Daten der zweiten EHIS-Welle für das Jahr 2014 zeigen, dass sowohl die ambulante allgemeinärztliche als auch die fachärztliche Inanspruchnahme in Deutschland im Vergleich der EU-Mitgliedstaaten als eher hoch einzuschätzen sind; auch die psychiatrische und psychotherapeutische Inanspruchnahme lag über dem EU-Durchschnitt [32].

#### 4.2 Psychiatrische und psychotherapeutische Inanspruchnahme

In der vorliegenden Studie geben 12,8% der Frauen und 8,9% der Männer an, in den zurückliegenden zwölf Monaten eine psychotherapeutische oder psychiatrische Beratung oder Behandlung aufgesucht zu haben. Für einen insgesamt in etwa vergleichbaren Bevölkerungsanteil wird auf Basis von Abrechnungsdaten der BARMER im Jahr 2018 ein Kontakt zu Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (3,1%) sowie zur Arztgruppe der psychiatrisch beziehungsweise neurologisch tätigen Nervenärztinnen und Nervenärzte (10,9%) ermittelt [33]. Geht man davon aus, dass 27,8% der Bevölkerung mindestens

einmal im Jahr von einer psychischen Störung betroffen sind [34, 35], muss die Inanspruchnahme spezialisierter Versorgungsleistungen als gering bewertet werden. Dabei ist bekannt, dass nahezu drei Viertel aller Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Diagnose einer psychischen Störung ausschließlich von hausärztlich oder somatisch spezialisierten Ärztinnen oder Ärzten behandelt werden, was als Versorgungslücke diskutiert wird [36].

Im zeitlichen Verlauf lässt sich im Vergleich zur Studie GEDA 2014/2015-EHIS ein leichter Anstieg der Inanspruchnahme psychotherapeutischer oder psychiatrischer Leistungen verzeichnen (Frauen 11,3 %, Männer 8,1 %). Dabei ist besonders die Gruppe der Frauen im jungen Erwachsenenalter (18 bis 29 Jahre) auffällig: Gegenüber GEDA 2014/2015-EHIS ist der Wert für diese Altersgruppe um 8,7 Prozentpunkte angestiegen [13]. Für die psychotherapeutische Versorgung findet sich dieser über die Jahre zunehmend ausgeprägte Gipfel der Altersverteilung auch in den Versichertendaten [33]. Diese zeigen darüber hinaus, dass die aktuell noch geringe Versorgung von Personen ab 65 Jahren (siehe auch [37, 38]) in den letzten Jahren zugenommen hat. Wenn man berücksichtigt, dass zum Beispiel die Häufigkeit von Depressionsdiagnosen mit dem Alter zunimmt, wird die Versorgung damit zunehmend bedarfsgerechter [39]. Die Altersverteilung psychotherapeutischer Inanspruchnahme in den Versichertendaten [33] unterscheidet sich im Weiteren jedoch deutlich von den vorliegenden Befunden, was auf den Einschluss der hier ebenfalls erfragten psychiatrischen (und psychologischen) Leistungen zurückzuführen ist, bei denen bekannterweise andere Altersverteilungen als in der psychotherapeutischen Versorgung vorliegen [40].

Dass Frauen gegenüber Männern häufiger Hilfe bei den benannten Berufsgruppen aufsuchen, ist bekannt [41]. Wie die vorliegenden Ergebnisse zeigen, fallen auch die Bildungsunterschiede in der Inanspruchnahme der Leistungen zwischen den Geschlechtern unterschiedlich aus. Nur bei den Männern reflektiert eine häufigere Inanspruchnahme in der niedrigeren Bildungsgruppe, dass psychische Belastungen und Störungen bei Personen mit geringerem Einkommen, Bildungs- und Berufsstatus häufiger auftreten [34]. Der erwartbare Unterschied ist dagegen bei Frauen nicht nachweisbar. Als Erklärungsansatz dafür kommt in Betracht, dass die soziale Ungleichheit bei psychischen Störungen bei Männern stärker ausgeprägt ist als bei Frauen [42]. Darüber hinaus müssten vermutlich auch in diesem Kontext die in der Erhebung gemeinsam abgefragten Berufsgruppen differenziert betrachtet werden. So liegen für ambulante psychotherapeutische Leistungen im Speziellen – die sich hierin also von psychiatrischen und gegebenenfalls psychologischen Leistungen zu unterscheiden scheinen – zahlreiche Hinweise auf einen leichteren Zugang für Personen mit höherer Bildung vor [33, 38, 43, 44]. Da Frauen gegenüber Männern häufiger Psychotherapie in Anspruch nehmen, kann dies dazu beitragen, dass für Frauen eine – gemessen an dem sozialen Gradienten der Morbidität ungerechtfertigte – Gleichverteilung der hier untersuchten Leistungen besteht.

#### 4.3 Inanspruchnahme von Stuhlbluttest und Koloskopie

Die Analysen der vorliegenden Daten zeigen, dass mit rund 40 % relativ viele Menschen im Alter über 50 Jahren angeben, einen Stuhltest innerhalb der letzten zwei Jahre in

Anspruch genommen zu haben. Die Zahlen für die Inanspruchnahme einer Koloskopie innerhalb der letzten zehn Jahre liegen mit mehr als 50% sogar noch etwas höher. Beide Untersuchungen können präventiv sowohl zur Früherkennung von Darmkrebs als auch zur Abklärung von Symptomen eingesetzt werden. Der Anlass der Untersuchungen wurde in GEDA 2019/2020-EHIS aber nicht erfasst, sodass nicht abschließend beurteilt werden kann, wie hoch der Anteil der präventiven Untersuchungen ist. Zur Einordnung können aber die Abrechnungsdaten der Gesetzlichen Krankenversicherung herangezogen werden [8]. Für den Stuhltest liegen die Befragungsdaten aus GEDA 2019/2020-EHIS deutlich über den Abrechnungsdaten, was darauf hindeutet, dass diese Untersuchung häufig nicht als Früherkennungsmaßnahme, sondern zur Abklärung von Symptomen durchgeführt beziehungsweise abgerechnet wurde. Auch bei der Koloskopie liegen die Selbstangaben deutlich über den Abrechnungsdaten. Die vergleichsweise hohe Zahl der Koloskopien anhand der Selbstangaben wurde auch in anderen Studien nachgewiesen [45]. In einer Studie mit Abrechnungsdaten der AOK Hessen konnte gezeigt werden, dass das Verhältnis von abgerechneten präventiven und kurativen Koloskopien bei 50- bis 79-Jährigen etwa 1:2 beträgt und bei den 80-Jährigen und Älteren sogar 1:4 [46]. Diese Ergebnisse liegen damit in ähnlicher Größenordnung wie die Ergebnisse aus GEDA 2019/2020-EHIS. Ein Vergleich mit den Daten von GEDA 2014/2015-EHIS zeigt, dass sich die Größenordnungen bei den Selbstangaben kaum verändert haben [9].

Internationale Vergleiche zu Inanspruchnahme von Stuhltest und Koloskopie zur Darmkrebsfrüherkennung sollten aufgrund der länderspezifischen Unterschiede bei

den Darmkrebs-Früherkennungsprogrammen mit Vorsicht vorgenommen werden [47]. Der europäische Vergleich der Daten der zweiten EHIS-Welle für das Jahr 2014 zeigt jedoch, dass bei der Inanspruchnahme des Stuhlbluttests innerhalb der letzten zwei Jahre für die 50- bis 74-Jährigen Deutschland nach Frankreich und Slowenien auf Platz drei in Europa lag. Der europäische Durchschnitt der Inanspruchnahme betrug für die damals 28 Mitgliedsstaaten in dieser Altersgruppe 31,3% [48]. Für die Inanspruchnahme der Koloskopie innerhalb der letzten zehn Jahre betrug der europäische Durchschnittswert für die 55- bis 64-Jährigen 25,7%. Neben Deutschland berichteten Österreich und Luxemburg Werte über 50% [49].

Geschlechterunterschiede sind nur bei der Inanspruchnahme des Stuhltests ersichtlich. Da bei Frauen auch die behandelnde Gynäkologin oder der behandelnde Gynäkologe diese Untersuchung anbieten kann, haben sie eventuell eher die Gelegenheit dazu, dieses Angebot mit zu nutzen, zum Beispiel im Rahmen der Untersuchungen zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs oder Brustkrebs. Zu dieser Annahme passt, dass Frauen mit zunehmendem Alter den Stuhltest seltener in Anspruch nehmen. Denn auch die Inanspruchnahme des Pap-Abstrichs zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs nimmt mit dem Alter deutlich ab [9]. Dies deutet darauf hin, dass Frauen im höheren Alter generell frauenärztliche Leistungen nicht mehr regelmäßig in Anspruch nehmen [50].

Bei der Koloskopie zeigt sich bei Frauen und Männern eine deutliche Zunahme mit dem Alter, was darauf hinweist, dass diese Untersuchung nicht gleich zu Beginn der Anspruchsberechtigung wahrgenommen wird. Die Gründe dafür könnten darin liegen, dass diese Untersuchung relativ

aufwendig in der Vorbereitung und relativ invasiv in der Durchführung ist, was eine längerfristige Planung erfordert. Zudem könnte die mit dem Alter steigende ärztliche Inanspruchnahme der Männer zu einer erhöhten Teilnahme führen und den Geschlechterunterschied ausgleichen [2].

#### 4.4 Kontrolle von Blutdruck, Blutfetten und Blutzucker durch medizinisches Fachpersonal

Erhöhte Blutdruck-, Blutfett- und Blutzuckerwerte sind wesentliche Risikofaktoren für die Entwicklung von kardiovaskulären Erkrankungen und Diabetes. Eine regelmäßige ärztliche Gesundheitsuntersuchung kann bei Menschen ohne bekannte Krankheiten (Hypertonie, Hyperlipidämie, Diabetes) erhöhte sowie grenzwertig erhöhte Werte feststellen. Bei Menschen mit bekannten Krankheiten ist eine regelmäßige Kontrolle von Blutdruck-, Blutfett- und Blutzuckerwerten für die medikamentöse Behandlung notwendig und nach den Therapieleitlinien sogar erforderlich. So ist davon auszugehen, dass man die medizinischen Leistungen (Kontrolle von Blutdruck, -fetten und -zucker) häufiger in Anspruch nimmt, wenn die entsprechende Krankheit bekannt ist. Zum Beispiel beträgt der Anteil der Personen, bei denen der Blutzucker in den letzten zwölf Monaten von medizinischem Fachpersonal kontrolliert wurde, bei Personen mit bekanntem Diabetes 96,3% und bei Personen ohne bekannten Diabetes 56,0% (Daten nicht gezeigt).

In Deutschland haben alle gesetzlich Versicherten ab 35 Jahren Anspruch auf eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung, deren fester Bestandteil eine Blutentnahme zur

Bestimmung der Blutzucker- und Cholesterinwerte ist [51]. Seit April 2019 wird dieser Gesundheits-Check-up für über 35-Jährige alle drei Jahre und für 18- bis 34-Jährige einmalig angeboten [51]. Unsere Analysen zeigen, dass die Mehrheit der 18-jährigen und älteren Studienteilnehmenden in den letzten zwölf Monaten eine Kontrolle von Blutdruck, Blutfetten und Blutzucker von medizinischem Fachpersonal durchführen ließ. Dies spiegelt zum Teil die Teilnahmequote an Gesundheits-Check-ups in Deutschland wider. Daten der kassenärztlichen Vereinigungen zeigen, dass etwa die Hälfte aller Versicherten ab 35 Jahren im Jahr 2017/2018 am Gesundheits-Check-up teilgenommen hat [52]. Da Blutdruckmessung und diagnostische Blutuntersuchungen zu den Routinen allgemein- und fachärztlicher Leistungen zählen und die Mehrheit der Frauen und Männer während der letzten zwölf Monate allgemein- und fachärztliche Leistungen in Anspruch genommen haben, steht dies im Einklang mit der Kontrolle von Blutdruck, Blutfetten und Blutzucker in den letzten zwölf Monaten.

Die Teilnahmequote an den drei Kontrolluntersuchungen nimmt mit dem Lebensalter zu. Dabei zeigt sich ein signifikanter Geschlechterunterschied mit zunehmendem Alter [52]. Frauen haben eine hohe Prävalenz der Blutdruckkontrolle durch medizinisches Fachpersonal im Vergleich zu Männern. Dieser Geschlechterunterschied wurde auch in GEDA 2014/2015-EHIS beobachtet (Frauen 83,4% vs. Männer 72,5%), allerdings wurden die Prävalenzen in der damaligen Analyse in der Population ab 15 Jahren geschätzt [53]. Geschlechterunterschiede in Bekanntheit, Management und Kontrolle der Hypertonie sind bekannt, allerdings zeigen die Daten der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1, 2008–2011) des

RKI keine Geschlechterunterschiede in der Blutdruckkontrolle durch medizinischen Fachpersonal bei Personen mit bekannter Hypertonie [54].

International wurden anhand der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017 Daten zur Kontrolle von Blutdruck, Blutfetten und Blutzucker bei einem Großteil der Bevölkerung ab 15 Jahren erhoben. So wurde im Jahr 2017 innerhalb der letzten zwölf Monate bei 76,4% (Frauen 81,7%, Männer 70,9%) der schweizerischen Bevölkerung der Blutdruck, bei 45,8% (Frauen 46,7%, Männer 44,8%) der Cholesterinspiegel und bei 51,5% (Frauen 54,1%, Männer 48,8%) der Blutzuckerspiegel gemessen. Der Anteil der weiblichen Teilnehmenden war dabei höher als der der männlichen [55]. Nach den Daten der zweiten EHIS-Welle (2014) berichteten 51,6% der EU-Bevölkerung ab 15 Jahren, dass bei ihnen der Cholesterinspiegel innerhalb des letzten Jahres gemessen wurde, 51,0% gaben eine Blutzuckermessung an [48].

#### 4.5 Einnahme ärztlich verordneter Arzneimittel

Die Anwendung ärztlich verordneter Arzneimittel in den letzten zwei Wochen vor der Befragung bildet die Prävalenz des aktuellen, ärztlich verschriebenen Medikamentengebrauchs bei Erwachsenen in Deutschland ab. Diese Prävalenz ist im Vergleich zu 2014/2015 ähnlich geblieben (55,5% vs. 55,1%) [6]. Signifikante geschlechtsbezogene Unterschiede in der Anwendung ärztlich verschriebener Medikamente waren sowohl in GEDA 2014/2015-EHIS als auch in GEDA 2019/2020-EHIS zu verzeichnen, vor allem in den jüngeren Altersgruppen (unter 64 Jahren), mit höheren Anwendungsprävalenzen bei Frauen als bei Männern. Ab 65 Jahren gleichen sich die Prävalenzraten bei Frauen und

Männern an. Die Einnahme ärztlich verordneter Medikamente nimmt immer noch mit dem Alter zu, was auf die im Altersverlauf steigenden Prävalenzen von chronischen Erkrankungen zurückzuführen ist [6, 56]. Der EU-Durchschnitt für die Anwendung ärztlich verordneter Arzneimittel bei Personen ab 15 Jahren lag laut EHIS Welle 2 im Jahr 2014 bei 48,6% [57].

#### 4.6 Stärken und Limitationen

Bei den Angaben aus GEDA 2019/2020-EHIS handelt es sich um Selbstangaben, die deshalb mit Verzerrungen, zum Beispiel in Form von Erinnerungslücken (Recall Bias), verbunden sein können. Insbesondere im höheren Alter scheint es eher vorzukommen, dass die Anzahl der tatsächlichen Arztbesuche unterschätzt wird [58]. Dies trifft aber stärker auf die Anzahl der Kontakte zu als auf die Frage, ob überhaupt niedergelassene Ärztinnen und Ärzte aufgesucht wurden. Ein Recall Bias ist wahrscheinlicher, wenn ein längerer Zeitraum als die letzten zwölf Monate erfasst wird [59]. Auch ist bekannt, dass Telefoninterviews anfälliger für sozial erwünschtes Antwortverhalten sind als persönliche Interviews, was vor allem im Fall der Inanspruchnahme präventiver Leitungen wie Krebsfrüherkennungsuntersuchungen der Fall sein kann [60].

Zu bedenken ist, dass die Responseraten bei telefonischen Befragungen in der Regel niedriger sind als in persönlichen Interviews (Face-to-Face). Dies kann das Risiko eines höheren Non-Response-Bias verstärken. Allerdings muss sich eine niedrigere Responserate nicht automatisch in einer stärkeren Verzerrung der Ergebnisse niederschlagen [61]. Dennoch besteht die Möglichkeit einer Verzerrung

durch selektive Nichtteilnahme (Selektionsbias) [16]. Es kann vermutet werden, dass Personen, die an einer Gesundheitsstudie teilnehmen, auch ein höheres Gesundheitsbewusstsein haben und sich daher hinsichtlich der Inanspruchnahme ambulanter Gesundheitsleistungen von der Allgemeinbevölkerung unterscheiden können. Weiterhin können bestimmte Bevölkerungsgruppen in der Stichprobe unterrepräsentiert sein, zum Beispiel Personen mit Migrationshintergrund ohne ausreichende Deutschkenntnisse, da die Interviews auf Deutsch durchgeführt wurden. Möglichen Selektionseffekten wurde durch Gewichtung begegnet, sodass die beobachteten Ergebnisse für Deutschland verallgemeinerbar sind, was eine Stärke der GEDA-Studie darstellt. Anders als Abrechnungsdaten, die häufig auf bestimmte Versichertengruppen begrenzt sind und nur die zu Abrechnungszwecken benötigten Daten oder die ärztlich verordneten Arzneimittel enthalten [15, 16], stellen Surveydaten Informationen zu Versicherten aller (einschließlich privater) Krankenkassen und zu den tatsächlich angewendeten Arzneimitteln zur Verfügung [16].

Weiterhin fällt der Befragungszeitraum von GEDA 2019/2020-EHIS zum Teil in die COVID-19-Pandemie. Die vorliegenden Ergebnisse beruhen auf der Annahme, dass die Stichprobe durch die Maßnahmen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie keine systematischen Verzerrungen aufweist. Zudem zeigen erste Analysen keinen systematischen Selektionsbias zwischen den Teilstichproben der Vergleichszeiträume 2019 und 2020. Dennoch kann eine veränderte Teilnahmebereitschaft und deren Einfluss auf die Ergebnisse nicht vollständig ausgeschlossen werden. Durch die Inanspruchnahme von Kurzarbeit oder die Ausweitung flexibler Heimarbeit könnten beispielsweise

einzelne Bevölkerungsgruppen besser oder schlechter telefonisch erreicht worden sein.

Die vorliegenden Auswertungen basieren auf Fragen des EHIS, der in die GEDA-Studie integriert wurde. Die gemeinsame Abfrage der Berufsgruppen psychiatrischer, psychotherapeutischer und psychologischer Behandlerinnen und Behandler, wie sie durch den EHIS vorgegeben wird, hat zum Nachteil, dass deren jeweils spezifische Inanspruchnahme nicht differenziert abgebildet werden kann, was den Vergleich mit anderen Datenquellen erschwert und beispielsweise differenzielle Bildungsunterschiede verdeckt. Ein Vorteil der gemeinsamen Abfrage liegt jedoch in der Erfassung der Nutzung spezialisierter Versorgungsangebote für psychische Beschwerden und Störungen insgesamt, die der Häufigkeit dieser Beschwerden in der Bevölkerung gegenübergestellt werden können, um Diskrepanzen im Sinne von Versorgungs- beziehungsweise Inanspruchnahmelücken zu identifizieren.

#### 4.7 Fazit

Im vorliegenden Beitrag wird die Inanspruchnahme verschiedener Leistungen der ambulanten Versorgung anhand von aktuellen bevölkerungsrepräsentativen Daten beschrieben. Dabei zeigt sich, dass der weitaus größte Teil der Bevölkerung mindestens einmal im Jahr Leistungen der ambulanten Gesundheitsversorgung in Anspruch nimmt. Erst eine differenzierte Betrachtung macht deutlich, dass sich die Inanspruchnahme und ihre zeitliche Entwicklung in den letzten Jahren für verschiedene Alters- und Bevölkerungsgruppen zum Teil sehr unterschiedlich darstellen, was genauerer Analysen bedarf. Abweichende Inanspruchnahme-

quoten in verschiedenen Gruppen der Bevölkerung können auf unterschiedliche Ursachen zurückzuführen sein: Dazu gehören neben dem jeweiligen medizinischen Bedarf auch unterschiedliche Präferenzen der Inanspruchnehmenden, etwa für den Besuch einer allgemein- beziehungsweise hausärztlichen oder fachärztlichen Praxis. Auch die Verfügbarkeit von Versorgungsangeboten, Informationen zu deren Nutzung oder Zugangsbarrieren spielen eine Rolle. Bei Vergleich der allgemeinen fachärztlichen mit der psychiatrisch-psychotherapeutischen Inanspruchnahme fällt ein abweichender Bildungsgradient vor allem bei den Männern auf, was auf zwischen den Fachgruppen und Indikationen variierende Barrieren für die fachärztliche Versorgung hinweisen kann. Die Früherkennung und -behandlung von Darmkrebs zählen zu den Maßnahmen, die nachweislich in der Lage sind, die Sterblichkeit auf Bevölkerungsebene zu senken. Um bestehende Barrieren der Inanspruchnahme abzubauen, sollten spezifische Bedarfe der Anspruchsberechtigten, aber auch persönliche Einstellungen und Überzeugungen stärker berücksichtigt werden. Mögliche Barrieren der Inanspruchnahme vor allem für Jüngere gilt es zu erforschen, um mit dem Angebot mehr Menschen zu erreichen. Grundsätzlich könnten zur Nichtinanspruchnahme ambulanter Gesundheitsleistungen zum Beispiel qualitative Forschungsdesigns genutzt werden.

Insgesamt gesehen, stellen die Daten aus GEDA 2019/2020-EHIS eine wichtige Informationsquelle für die Versorgungsforschung dar. Gemeinsam mit den Daten der Leistungserbringer und Strukturdaten der Versorgung bilden sie die Basis für eine übergreifende Beschreibung der Versorgungslage in Deutschland. Europäische Vergleiche können bisher nur eingeschränkt erfolgen, werden aber in

Zukunft möglich sein, wenn alle europäischen Daten aus dieser Erhebungswelle des EHIS vorliegen.

**Korrespondenzadresse**

Dr. Franziska Prütz  
Robert Koch-Institut  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring  
General-Pape-Str. 62–66  
12101 Berlin  
E-Mail: [PruetzF@rki.de](mailto:PruetzF@rki.de)

**Zitierweise**

Prütz F, Rommel A, Thom J, Du Y, Sarganas G et al. (2021)  
Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen in  
Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS.  
Journal of Health Monitoring 6(3): 49–71.  
DOI 10.25646/8554

Die englische Version des Artikels ist verfügbar unter:  
[www.rki.de/journalhealthmonitoring-en](http://www.rki.de/journalhealthmonitoring-en)

**Datenschutz und Ethik**

GEDA 2019/2020-EHIS unterliegt der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Die Ethikkommission der Charité – Universitätsmedizin Berlin hat die Studie unter ethischen Gesichtspunkten geprüft und der Durchführung des Studienvorhabens zugestimmt (Antragsnummer EA2/070/19). Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden wurden über die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihre mündliche Einwilligung (informed consent).

### Förderungshinweis

GEDA 2019/2020-EHIS wurde mit Mitteln des Robert Koch-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit finanziert.

### Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

### Danksagung

Die Autorinnen und Autoren danken Stefan Damerow, Jennifer Allen und Johannes Lemcke aus der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts für die Erstellung von Textbausteinen zur Beschreibung der Studie GEDA 2019/2020-EHIS sowie von Limitationen, die sich durch den Einschluss der Anfangsphase der COVID-19-Pandemie in den Befragungszeitraum der GEDA-Studie ergeben haben könnten.

### Literatur

1. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin
2. Prütz F, Rommel A (2017) Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(4):88–94. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2905> (Stand: 25.06.2021)
3. Sarganas G, Knopf H, Grams D et al. (2016) Trends in Antihypertensive Medication Use and Blood Pressure Control Among Adults With Hypertension in Germany. *Am J Hypertens* 29(1):104–113
4. Neuhauser HK, Adler C, Rosario AS et al. (2015) Hypertension prevalence, awareness, treatment and control in Germany 1998 and 2008–11. *J Hum Hypertens* 29(4):247–253
5. Heidemann C, Du Y, Paprott R et al. (2016) Temporal changes in the prevalence of diagnosed diabetes, undiagnosed diabetes and prediabetes: findings from the German Health Interview and Examination Surveys in 1997–1999 and 2008–2011. *Diabet Med* 33(10):1406–1414
6. Knopf H, Prütz F, Du Y (2017) Arzneimittelanwendung von Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(4):109–116. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2908> (Stand: 25.06.2021)
7. Gemeinsamer Bundesausschuss (2020) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme in der Version vom 18.06.2020 (Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme – oKFE-RL). <https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2237/oKFE-RL-2020-06-18-iK-2020-08-28.pdf> (Stand: 12.03.2021)
8. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2020) Teilnahme an gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen (fäkaler okkultur Bluttest (FOBT), Koloskopie) und an Beratungen zur Prävention von Darmkrebs. [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) (Stand: 19.02.2021)
9. Starker A, Buttman-Schweiger N, Krause L et al. (2018) Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Deutschland: Angebot und Inanspruchnahme. *Bundesgesundheitsbl* 61(12):1491–1499
10. Andersen RM (1995) Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 36(1):1–10
11. Babitsch B, Gohl D, von Lengerke T (2012) Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998–2011. *Psychosoc Med* 9:Doc11
12. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001) Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation, Band II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege, Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Bundestagsdrucksache 14/5660, 14/5661, 14/6871
13. Rommel A, Bretschneider J, Kroll LE et al. (2017) Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen – Individuelle Determinanten und regionale Unterschiede. *Journal of Health Monitoring* 2(4):3–23. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2899.2> (Stand: 25.06.2021)

14. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2009) DEGS – Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. Projektbeschreibung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
15. Schubert I, Köster I, Küpper-Nybelen J et al. (2008) Versorgungsforschung mit GKV-Routinedaten. Nutzungsmöglichkeiten versichertenbezogener Krankenkassendaten für Fragestellungen der Versorgungsforschung. Bundesgesundheitsbl 51(10):1095–1105
16. Ohlmeier C, Frick J, Prütz F et al. (2014) Nutzungsmöglichkeiten von Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Bundesgesundheitsbl 57(4):464–472
17. Kurth BM, Lange C, Kamtsiuris P et al. (2009) Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut. Sachstand und Perspektiven. Bundesgesundheitsbl 52(5):557–570
18. Lange C, Jentsch F, Allen J et al. (2015) Data Resource Profile: German Health Update (GEDA) – the health interview survey for adults in Germany. Int J Epidemiol 44(2):442–450
19. Lange C, Finger JD, Allen J et al. (2017) Implementation of the European health interview survey (EHIS) into the German health update (GEDA). Arch Public Health 75:40
20. European Commission, Eurostat (2018) European Health Interview Survey (EHIS wave 3). Methodological manual. European Commission, Luxembourg
21. von der Heyde C (2013) Das ADM-Stichprobensystem für Telefonbefragungen. [https://www.gessgroup.de/wp-content/uploads/2016/09/Beschreibung-ADM-Telefonstichproben\\_DE-2013.pdf](https://www.gessgroup.de/wp-content/uploads/2016/09/Beschreibung-ADM-Telefonstichproben_DE-2013.pdf) (Stand: 25.06.2021)
22. American Association for Public Opinion Research (AAPOR) (2016) Standard definitions – final disposition codes of case codes and outcome rates for surveys. AAPOR, Deerfield
23. Allen J, Born S, Damerow S et al. (2021) Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS) – Hintergrund und Methodik. Journal of Health Monitoring 6(3):72–87. [www.rki.de/johm-2021](http://www.rki.de/johm-2021) (Stand: 15.09.2021)
24. UNESCO Institute for Statistics (2012) International Standard Classification of Education ISCED 2011. <http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/international-standard-classification-of-education-isced-2011-en.pdf> (Stand: 15.03.2021)
25. Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2017) Mikrozensus 2017. DOI: 10.21242/12211.2017.00.00.1.1.1, eigene Berechnungen
26. Rattay P, Butschalowsky H, Rommel A et al. (2013) Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland. Bundesgesundheitsbl 56(5):832–844
27. Damerow S, Rommel A, Prütz F et al. (2020) Die gesundheitliche Lage in Deutschland in der Anfangsphase der COVID-19-Pandemie. Zeitliche Entwicklung ausgewählter Indikatoren der Studie GEDA-EHIS 2019. Journal of Health Monitoring 4(4):3–22. <https://edoc.rki.de/handle/176904/7548.2> (Stand: 25.06.2021)
28. Lampert T, Prütz F, Rommel A et al. (2018) Soziale Unterschiede in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. Journal of Health Monitoring 3(4):38–56. <https://edoc.rki.de/handle/176904/5871> (Stand: 25.06.2021)
29. Hoebel J, Rattay P, Prütz F et al. (2016) Socioeconomic Status and Use of Outpatient Medical Care: The Case of Germany. PLoS One 11(5):e0155982
30. Klein J, von dem Knesebeck O (2016) Soziale Unterschiede in der ambulanten und stationären Versorgung. Bundesgesundheitsbl 59(2):238–244
31. Kürschner N, Weidmann C, Müters S (2011) Wer wählt den Hausarzt zum „Gatekeeper“? Bundesgesundheitsbl 54(2):221–227
32. Eurostat Statistics Explained (2020) Healthcare activities statistics – consultations. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare\\_activities\\_statistics\\_-\\_consultations#Consultations\\_of\\_doctors](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_activities_statistics_-_consultations#Consultations_of_doctors) (Stand: 25.06.2021)
33. Grobe TG, Steinmann S, Szecsenyi J (2020) BARMER Arztreport 2020. Psychotherapie – veränderter Zugang, verbesserte Versorgung? Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. BARMER, Berlin
34. Jacobi F, Höfler M, Strehle J et al. (2014) Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS 1-MH). Nervenarzt 85(1):77–87
35. Jacobi F, Höfler M, Strehle J et al. (2016) Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS 1-MH). Nervenarzt 87:88–90

36. Gaebel W, Kowitz S, Fritze J et al. (2013) Use of health care services by people with mental illness: secondary data from three statutory health insurers and the German Statutory Pension Insurance Scheme. *Dtsch Arztebl Int* 110(47):799–808
37. Groschwitz RC, Fegert JM, Plener PL (2016) Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in Deutschland. *Psychotherapeut* 62(1):12–17
38. Walendzik A, Rabe-Menssen C, Lux G et al. (2014) Zur Versorgungslage im Bereich der ambulanten Psychotherapie – Ergebnisse einer Erhebung unter den Mitgliedern der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung (DPTV). *Gesundheitswesen* 76(3):135–146
39. Steffen A, Thom J, Jacobi F et al. (2020) Trends in prevalence of depression in Germany between 2009 and 2017 based on nationwide ambulatory claims data. *J Affect Disord* 271:239–247
40. Kruse J, Herzog W, Hoffmann M et al. (2012) Zwischenbericht zum Gutachten „Zur ambulanten psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung in der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland – Formen der Versorgung und ihre Effizienz“. [https://www.kbv.de/media/sp/Gutachten\\_Psychosomatik\\_Zwischenbericht.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/Gutachten_Psychosomatik_Zwischenbericht.pdf) (Stand: 22.06.2021)
41. Keil J, Brendler V, Sachse C et al. (2020) Geschlechterspezifische Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in einer urbanen Erwachsenenpopulation. *Gesundheitswesen* 82(3):e17–e23
42. Mauz E, Jacobi F (2008) Psychische Störungen und soziale Ungleichheit im Geburtskohortenvergleich. *Psychiatr Prax* 35(07):343–352
43. Körner M, Maschke BA, Janssen C (2014) Social determinants of the utilization of psychotherapeutic care in Germany. In: Janssen C, Swart E, von Lengerke T (Hrsg) *Health care utilization in Germany: theory, methodology, and results*. Springer, New York, S. 279–292
44. Epping J, Muschik D, Geyer S (2017) Social inequalities in the utilization of outpatient psychotherapy: analyses of registry data from German statutory health insurance. *Int J Equity Health* 16(1):147
45. Chen C, Laecke E, Stock C et al. (2017) Colonoscopy and sigmoidoscopy use among older adults in different countries: a systematic review. *Prev Med* 103:33–42
46. Stock C, Ihle P, Sieg A et al. (2013) Adverse events requiring hospitalization within 30 days after outpatient screening and nonscreening colonoscopies. *Gastrointest Endosc* 77(3):419–429
47. Klabunde C, Blom J, Bulliard JL et al. (2015) Participation rates for organized colorectal cancer screening programmes: An international comparison. *J Med Screen* 22(3):119–126
48. Eurostat Statistics Explained (2020) Healthcare activities statistics – preventive services. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare\\_activities\\_statistics\\_-\\_preventive\\_services#-Screening\\_of\\_cardiovascular\\_diseases](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_activities_statistics_-_preventive_services#-Screening_of_cardiovascular_diseases) (Stand: 25.06.2021)
49. Statistisches Amt der Europäischen Kommission (2021) Eurostat database health. <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database> (Stand: 24.06.2021)
50. Klug SJ, Taylor KJ, Scheidemann-Wesp U et al. (2010) Participation in cervical cancer screening in Germany. *Prev Med* 5(51):431–432
51. Gemeinsamer Bundesausschuss (2018) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie). [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2383/U-RL\\_2020-11-20\\_iK-2021-02-12.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2383/U-RL_2020-11-20_iK-2021-02-12.pdf) (Stand: 12.03.2021)
52. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2020) Teilnahme am gesetzlichen Gesundheits-Check-up. [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) (Stand: 12.03.2021)
53. Diederichs C, Neuhauser H (2019) The frequency and determinants of blood pressure measurement by a health professional in Germany: A cross-sectional study. *Medicine (Baltimore)* 98(16):e15093
54. Sarganas G, Neuhauser HK (2016) The persisting gender gap in hypertension management and control in Germany: 1998 and 2008–2011. *Hypertens Res* 39(6):457–466
55. Schweizerische Eidgenossenschaft, Bundesamt für Statistik (ohne Datum) Fachbereich 14 – Gesundheit. Gesundheitssystem und Präventivmedizin. <http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2017/files/de/o2d.xml> (Stand: 25.06.2021)
56. Knopf H, Grams D (2013) Arzneimittelanwendung von Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS 1). *Bundesgesundheitsbl* 56(5/6):868–877
57. Eurostat Statistics Explained (2020) Medicine use statistics. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Self-reported\\_use\\_of\\_prescribed\\_medicines\\_by\\_age,\\_2014\\_\(%25\).png](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Self-reported_use_of_prescribed_medicines_by_age,_2014_(%25).png) (Stand: 25.06.2021)

58. Hessel A, Gunzelmann T, Geyer M et al. (2000) Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Medikamenteneinnahme bei über 60jährigen in Deutschland – gesundheitliche, sozialstrukturelle, sozio-demographische und subjektive Faktoren. *Z Gerontol Geriatr* 33(4):289–299

---

59. Bhandari A, Wagner T (2006) Self-reported utilization of health care services: improving measurement and accuracy. *Med Care Res Rev* 63(2):217–235

---

60. Häder M (2010) Erhebungsmethoden. In: Häder M (Hrsg) *Empirische Sozialforschung – Eine Einführung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 187–337

---

61. Groves RM, Peytcheva E (2008) The Impact of Nonresponse Rates on Nonresponse Bias: A Meta-Analysis. *Public Opinion Quarterly* 72(2):167–189

---

**Annex Tabelle 1**  
**Inanspruchnahme ambulanter**  
**Versorgungsleistungen nach**  
**Geschlecht, Alter und Bildungsstatus**  
 Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

	Allgemein- und hausärztliche Inanspruchnahme in den letzten zwölf Monaten (n=11.945 Frauen, n=10.675 Männer)		Fachärztliche Inanspruchnahme in den letzten zwölf Monaten (n=11.925 Frauen, n=10.663 Männer)		Psychiatrische/ psychotherapeutische Inanspruchnahme in den letzten zwölf Monaten (n=11.953 Frauen, n=10.682 Männer)		Blutdruckmessung in den letzten zwölf Monaten (n=11.873 Frauen, n=10.597 Männer)		Blutfettwertbestimmung in den letzten zwölf Monaten (n=11.622 Frauen, n=10.341 Männer)		Blutzucker-messung in den letzten zwölf Monaten (n=11.383 Frauen, n=10.168 Männer)		Einnahme ärztlich verschriebener Medikamente in den letzten zwei Wochen (n=11.958 Frauen, n=10.686 Männer)	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
<b>Gesamt</b>														
Frauen	84,2	(83,2–85,2)	67,8	(66,5–69,1)	12,7	(11,8–13,7)	81,0	(79,9–82,1)	64,7	(63,3–66,0)	62,3	(60,9–63,7)	59,2	(57,9–60,6)
Männer	79,5	(78,2–80,7)	53,3	(51,8–54,7)	8,9	(8,0–9,8)	70,7	(69,3–72,0)	59,4	(57,9–60,8)	57,4	(55,9–58,9)	50,6	(49,1–52,0)
<b>Lebensphase (Altersgruppe)</b>														
<b>Frauen</b>														
18–29 Jahre	79,6	(76,1–82,7)	62,8	(58,6–66,9)	19,2	(15,7–23,1)	72,9	(69,0–76,5)	46,2	(41,8–50,7)	42,7	(38,3–47,2)	36,9	(32,8–41,2)
30–44 Jahre	80,6	(78,0–82,9)	68,1	(64,9–71,1)	15,2	(13,0–17,6)	76,2	(73,5–78,8)	50,3	(47,0–53,5)	48,1	(44,8–51,3)	38,0	(35,0–41,1)
45–64 Jahre	85,3	(83,8–86,7)	72,3	(70,3–74,1)	14,5	(13,0–16,1)	81,3	(79,6–83,0)	68,2	(66,3–70,1)	65,8	(63,9–67,8)	62,2	(60,2–64,1)
≥ 65 Jahre	88,2	(86,5–89,6)	64,9	(62,5–67,3)	5,3	(4,4–6,5)	88,4	(86,9–89,8)	80,5	(78,6–82,2)	78,4	(76,4–80,3)	83,6	(81,8–85,1)
<b>Männer</b>														
18–29 Jahre	76,4	(73,1–79,4)	42,6	(39,0–46,4)	8,9	(7,0–11,6)	50,6	(46,8–54,4)	33,1	(29,6–36,8)	31,5	(28,0–35,3)	20,7	(17,8–23,9)
30–44 Jahre	72,0	(68,9–74,9)	43,4	(40,2–46,6)	9,5	(7,7–11,7)	59,6	(56,3–62,8)	44,5	(41,2–47,9)	42,5	(39,2–45,9)	30,8	(27,8–34,0)
45–64 Jahre	80,4	(78,5–82,1)	56,2	(53,9–58,5)	11,6	(10,0–13,3)	77,1	(75,2–79,0)	67,2	(64,9–69,4)	64,7	(62,4–67,0)	57,1	(54,7–59,3)
≥ 65 Jahre	87,9	(85,9–89,7)	66,6	(63,9–69,1)	3,8	(3,0–4,9)	86,5	(84,4–88,3)	80,3	(77,9–82,5)	78,6	(76,1–80,9)	83,0	(80,8–85,0)
<b>Bildungsgruppe</b>														
<b>Frauen</b>														
Untere	86,3	(83,2–88,9)	58,2	(54,2–62,2)	14,8	(12,1–17,9)	83,0	(79,7–85,8)	70,3	(66,4–74,0)	66,5	(62,5–70,3)	69,3	(65,4–72,9)
Mittlere	84,6	(83,3–85,9)	69,1	(67,5–70,7)	11,9	(10,7–13,2)	81,2	(79,7–82,5)	65,1	(63,4–66,8)	62,6	(60,9–64,3)	58,9	(57,2–60,6)
Obere	80,9	(79,3–82,4)	74,2	(72,4–75,8)	13,1	(11,7–14,5)	79,0	(77,4–80,5)	57,8	(55,9–59,7)	57,3	(55,3–59,2)	50,2	(48,3–52,1)
<b>Männer</b>														
Untere	82,6	(78,1–86,4)	49,9	(44,6–55,3)	13,0	(9,6–17,2)	68,5	(63,3–73,3)	57,0	(51,4–62,5)	52,0	(46,4–57,5)	54,0	(48,7–59,3)
Mittlere	78,2	(77,6–81,0)	51,9	(49,8–53,9)	9,0	(7,9–10,3)	71,6	(69,6–73,4)	59,7	(57,6–61,8)	58,2	(56,0–60,2)	50,9	(48,9–53,0)
Obere	78,2	(76,8–79,6)	57,4	(55,8–59,0)	6,7	(5,9–7,5)	70,1	(68,5–71,6)	59,9	(58,3–61,5)	58,5	(56,8–60,1)	48,6	(47,0–50,2)

KI = Konfidenzintervall

**Annex Tabelle 2**  
**Turnusgemäße Inanspruchnahme von**  
**Stuhltest und Koloskopie**  
**nach Geschlecht, Alter und Bildungsstatus**  
 Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

	Letzter Stuhltest innerhalb der letzten zwei Jahre (n = 3.058 Frauen, n = 2.449 Männer)		Letzte Koloskopie innerhalb der letzten zehn Jahre (n = 4.329 Frauen, n = 4.079 Männer)	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
<b>Gesamt</b>				
Frauen	42,5	(40,7 – 44,3)	58,7	(56,9 – 60,5)
Männer	41,5	(39,5 – 43,5)	53,4	(51,5 – 55,2)
<b>Lebensphase (Altersgruppe)</b>				
<b>Frauen</b>				
50–54 Jahre	–	–	–	–
55–59 Jahre	49,3	(45,5 – 53,0)	49,5	(45,8 – 53,2)
60–64 Jahre	48,2	(44,2 – 52,3)	58,6	(54,6 – 62,5)
≥ 65 Jahre	38,6	(36,3 – 40,9)	61,8	(59,4 – 64,1)
<b>Männer</b>				
50–54 Jahre	–	–	–	–
55–59 Jahre	38,1	(33,9 – 42,6)	42,9	(38,6 – 47,3)
60–64 Jahre	44,2	(40,0 – 48,5)	58,2	(53,8 – 62,4)
≥ 65 Jahre	41,7	(39,1 – 44,3)	63,9	(61,2 – 66,6)
<b>Bildungsgruppe</b>				
<b>Frauen</b>				
Untere	38,2	(33,6 – 43,0)	57,9	(53,1 – 62,6)
Mittlere	43,6	(41,6 – 45,7)	58,8	(56,8 – 60,8)
Obere	45,9	(43,7 – 48,1)	59,5	(57,3 – 61,7)
<b>Männer</b>				
Untere	35,8	(27,9 – 44,7)	49,5	(41,4 – 57,6)
Mittlere	42,0	(39,2 – 44,9)	51,9	(49,2 – 54,5)
Obere	42,1	(40,2 – 44,1)	57,1	(55,2 – 58,9)

KI = Konfidenzintervall

## Impressum

### Journal of Health Monitoring

#### Herausgeber

Robert Koch-Institut  
Nordufer 20  
13353 Berlin

#### Redaktion

Johanna Gutsche, Dr. Birte Hintzpeter, Dr. Franziska Prütz,  
Dr. Martina Rabenberg, Dr. Alexander Rommel, Dr. Livia Ryl,  
Dr. Anke-Christine Saß, Stefanie Seeling, Dr. Thomas Ziese  
Robert Koch-Institut  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring  
Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung  
General-Pape-Str. 62–66  
12101 Berlin  
Tel.: 030-18 754-3400  
E-Mail: [healthmonitoring@rki.de](mailto:healthmonitoring@rki.de)  
[www.rki.de/journalhealthmonitoring](http://www.rki.de/journalhealthmonitoring)

#### Satz

Kerstin Möllerke, Alexander Krönke

ISSN 2511-2708

#### Hinweis

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die  
Meinung des Robert Koch-Instituts wider.



Dieses Werk ist lizenziert unter einer  
Creative Commons Namensnennung 4.0  
International Lizenz.



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im  
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Journal of Health Monitoring · 2021 6(3)  
DOI 10.25646/8558  
Robert Koch-Institut, Berlin

Jennifer Allen, Sabine Born,  
Stefan Damerow, Ronny Kuhnert,  
Johannes Lemcke, Anja Müller,  
Tim Wehrauch, Matthias Wetzstein

Robert Koch-Institut, Berlin  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheits-  
monitoring

Eingereicht: 16.04.2021  
Akzeptiert: 02.08.2021  
Veröffentlicht: 15.09.2021

# Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS) – Hintergrund und Methodik

## Abstract

In der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS) beantworteten 23.001 Menschen im Alter ab 15 Jahren zwischen April 2019 und September 2020 Fragen zur Gesundheit und zur Lebenssituation. Die Ergebnisse sind repräsentativ für die in Deutschland lebende Wohnbevölkerung ab 15 Jahren. Die Responserate lag bei 21,6%. Die Fragebogeninhalte basieren auf der dritten Welle der Europäischen Gesundheitsbefragung (European Health Interview Survey, EHIS), die in allen EU-Mitgliedstaaten durchgeführt wurde. Sie umfasst die vier Module Gesundheitszustand, Gesundheitsversorgung, Gesundheitsdeterminanten und sozioökonomische Variablen. Die harmonisiert erhobenen EHIS-Daten besitzen ein hohes Maß an internationaler Vergleichbarkeit. Sie stellen eine wichtige Informationsgrundlage für die europäische Gesundheitspolitik und -berichterstattung dar und werden vom Statistischen Amt der Europäischen Union (Eurostat) zur Verfügung gestellt. Die Daten sind Grundlage für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Der Zeitraum der Datenerhebung ab April 2019 berücksichtigte knapp ein Jahr vor der SARS-CoV-2-Pandemie und fiel dann ab März 2020 in die Anfangsphase der Pandemie. Somit stehen mit der aktuellen GEDA-Welle Daten für die Erforschung von gesundheitlichen Auswirkungen im zeitlichen Zusammenhang mit der SARS-CoV-2-Pandemie zur Verfügung.

STUDIENMETHODIK · GESUNDHEITSBEFRAGUNG · TELEFONINTERVIEW · GESUNDHEITSMONITORING · EHIS · RESPONSE

## 1. Hintergrund

Die Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) wird regelmäßig vom Robert Koch-Institut (RKI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) durchgeführt und ist Bestandteil des am RKI etablierten bundesweiten Gesundheitsmonitorings [1, 2]. Von April 2019 bis September 2020 fand die bundesweite telefonische Erhebung GEDA 2019/2020-EHIS statt. Sie ist die fünfte Welle dieses Surveys. Die vorherigen Querschnitterhebungen erfolgten 2009, 2010, 2012 und 2014/2015 mit jeweils über 20.000 Befragten [3–6].

Ziel der GEDA-Studie ist es, aktuelle Informationen zum Gesundheitszustand, zu Einflussfaktoren der gesundheitlichen Lage und zur Nutzung des Gesundheitssystems bereitzustellen. Die Daten bilden eine wichtige Grundlage für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE), welche Informationen zu gesundheitspolitisch relevanten Fragestellungen bereitstellt und damit politische Planungs- und Entscheidungsprozesse unterstützt. Die Daten werden ebenfalls als Scientific Use File der wissenschaftlichen Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt.

## GEDA 2019/2020-EHIS

Fünfte Folgerhebung der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell

**Datenhalter:** Robert Koch-Institut

**Ziele:** Bereitstellung zuverlässiger Informationen über den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Deutschland, mit Möglichkeit zum europäischen Vergleich

**Studiendesign:** Telefonische Querschnitterhebung

**Grundgesamtheit:** Deutschsprachige Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten, die über Festnetz oder Mobilfunk erreichbar sind

**Stichprobenziehung:** Zufallsstichprobe von Festnetz- und Mobilfunknummern (Dual-Frame-Verfahren) aus dem Stichprobensystem des ADM (Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e. V.)

**Stichprobenumfang:** 23.001 Teilnehmende

**Datenerhebungszeitraum:** April 2019 bis September 2020

### GEDA-Erhebungswellen:

- ▶ GEDA 2009
- ▶ GEDA 2010
- ▶ GEDA 2012
- ▶ GEDA 2014/2015-EHIS
- ▶ GEDA 2019/2020-EHIS

Mehr Informationen unter [www.geda-studie.de](http://www.geda-studie.de)

In seiner Funktion als nationale datenliefernde Stelle übermittelt das RKI außerdem die im Rahmen von GEDA erhobenen Gesundheitsdaten an das Statistische Amt der Europäischen Union (Eurostat). Die Europäische Gesundheitsbefragung (European Health Interview Survey, EHIS) fand 2019/2020 in allen EU-Mitgliedstaaten rechtsverbindlich statt. Grundlage hierfür ist die Verordnung (EU) 2018/255 der Europäischen Kommission vom 19. Februar 2018 zur Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 1338/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates zu Gemeinschaftsstatistiken über öffentliche Gesundheit und über Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz in Bezug auf Statistiken auf der Grundlage des EHIS [7]. Die EHIS-Befragung hat das Ziel, regelmäßig vergleichbare Gesundheitsdaten der EU-Mitgliedstaaten zu liefern und damit Trendbetrachtungen in der Entwicklung von Gesundheitsindikatoren im europäischen Raum zu ermöglichen. Des Weiteren wird mit der Studie GEDA 2019/2020-EHIS das Ziel verfolgt, die im Rahmen des Gesundheitsmonitorings aufgebauten Zeitreihen fortzuführen. Aufgrund der Stichprobengröße können regionalisierte oder tief gegliederte Zusammenhangsanalysen vorgenommen werden.

## 2. Studiendesign

Den Vorgaben für den EHIS folgend umfasst die Grundgesamtheit die in Privathaushalten lebende Bevölkerung ab 15 Jahren, deren üblicher Aufenthaltsort zum Zeitpunkt der Datenerhebung in Deutschland liegt. Hierbei sind sowohl Einzelpersonen- als auch Mehrpersonenhaushalte inbegriffen, die eigenständig wirtschaften und sich selbstständig mit für den Lebensunterhalt notwendigen Dingen

versorgen. Diese Definition umfasst keine kollektiven Haushalte wie Krankenhäuser, Pflege- oder Wohnheime, Gefängnisse, Kasernen, religiöse Einrichtungen, Pensionen oder Wohnheime. „Üblicher Aufenthaltsort“ beschreibt den Ort, an dem eine Person normalerweise lebt oder ihren Lebensmittelpunkt sieht – ungeachtet vorübergehender Abwesenheit zu Zwecken der Erholung, der beruflichen Tätigkeit, der medizinischen Behandlung oder ähnlichem.

Für die Stichprobenziehung wurde das Telefonstichprobensystem des Arbeitskreises Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e. V. (ADM) genutzt [8]. Dieses beruht auf dem sogenannten Dual-Frame-Verfahren, bei dem zwei Auswahlgesamtheiten genutzt werden: eine Mobilfunk- und eine Festnetzgesamtheit. Diese Stichprobenziehung erlaubt eine (nahezu) vollständige Abdeckung der Grundgesamtheit [9]. Für die zufällige Auswahl der zu interviewenden Person wird ein von Leslie Kish entwickeltes Verfahren zur Zufallsauswahl von Befragungspersonen in Haushalten mit mehreren Personen verwendet, der Kish-Selection-Grid („Schwedenschlüssel“) [10]. Hierbei erhalten alle potenziellen Interviewpartnerinnen und -partner die gleiche Auswahlwahrscheinlichkeit und eine Person wird zufällig vom Computer ausgewählt. Diese wird anhand des erfassten Alters und Geschlechts identifiziert.

Alle Teilnehmenden der Studie wurden zu Beginn des Telefoninterviews über die Freiwilligkeit der Teilnahme, die Ziele der Befragung sowie über den Datenschutz informiert und um ihre mündliche Zustimmung zur Durchführung der Befragung gebeten. War die zu befragende Person nicht in der Lage, das telefonische Interview selbst durchzuführen, zum Beispiel aufgrund einer kognitiven oder sensorischen Beeinträchtigung oder aufgrund einer längerfristigen

**GEDA 2019/2020-EHIS  
ist eine telefonische  
bevölkerungsbezogene  
Querschnittstudie, bei der  
23.001 Personen Angaben  
zu ihrer Gesundheit  
gemacht haben.**

Abwesenheit während der Dauer der Erhebung, wurde davon abgesehen, ein Proxy-Interview (d. h. eine andere Person antwortet im Namen der ausgewählten Person) durchzuführen. Die Themen, die im Rahmen der GEDA-Studie erhoben wurden, sind zum Teil sensibel und teilweise auch sehr subjektiv, sodass davon auszugehen ist, dass nicht alle Angaben von einem Proxy-Befragten korrekt eingeholt werden könnten.

Die Datenerhebung erfolgte durch Interviewende eines externen Markt- und Sozialforschungsinstituts (USUMA GmbH). Mitarbeitende des RKI begleiteten den gesamten Erhebungsprozess durch kontinuierliche Supervision und in Form eines umfassenden Feldmonitorings (siehe [Kapitel 3, Abschnitt Feldmonitoring](#)).

#### Fragebogen

Vorlage für die Inhalte der Studie GEDA 2019/2020-EHIS war die dritte Welle des EHIS. Diese blieb im Vergleich zur zweiten EHIS-Welle größtenteils unverändert, um Zeitreihenvergleiche in den europäischen Mitgliedstaaten zu ermöglichen. Der [Fragebogen](#) umfasste folgende vier Module:

- ▶ Hintergrundvariablen zu demografischen, geografischen und sozioökonomischen Charakteristika der Teilnehmenden: unter anderem Geschlecht, Alter, Bildung, Erwerbsstatus, Geburtsland, Staatsangehörigkeit, Familienstand, Haushaltstyp und Einkommen
- ▶ Gesundheitszustand: unter anderem Selbstwahrnehmung, chronische Erkrankungen, Unfälle und Verletzungen, Einschränkungen im alltäglichen Leben, krankheitsspezifische Morbidität, körperliche und sensorische funktionale Einschränkungen, Schmerzen und psychische Gesundheit

- ▶ Gesundheitsversorgung: unter anderem Inanspruchnahme verschiedener Arten von Gesundheitsdienstleistungen (Krankenhausaufenthalte, Arztbesuche, Gesundheitsvorsorge), Medikamentenkonsum, Präventionsmaßnahmen und ungedeckter Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen
- ▶ Gesundheitsdeterminanten: unter anderem Body Mass Index (Körpergröße und -gewicht), Ernährung (Verzehr von Obst und Gemüse), Rauchverhalten, Alkoholkonsum und körperliche Aktivität

Die Verordnung zur Durchführung des EHIS gab die zu erhebenden Items inklusive ihrer Ausprägungen und die an Eurostat zu übermittelten Codierungen vor. Zudem wurde der Wortlaut der Fragen und ihrer Antwortkategorien sowie die Reihenfolge, in der sie gestellt werden, in einem methodologischen Handbuch erläutert und in Form eines Musterfragebogens (in Englisch) zur Verfügung gestellt [11]. Die Einhaltung der als Leitfaden konzipierten Regeln und Empfehlungen war für die Sicherstellung harmonisierter und qualitativ hochwertiger Gesundheitsdaten in der EU von wesentlicher Bedeutung. Zusätzlich war es allen EU-Mitgliedstaaten gestattet, zusätzliche Fragen in den Fragebogen zu integrieren. An dieser Stelle soll darauf hingewiesen werden, dass in GEDA 2019/2020-EHIS eine Anpassung bezüglich der Geschlechtsabfrage vorgenommen wurde:

Neben dem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht (Geburtsgeschlecht) wurde auch das Geschlecht erhoben, dem sich die Befragten tatsächlich zugehörig fühlen (Geschlechtsidentität). Bei der nichtbinären Frage nach der Geschlechtsidentität, hatten die Befragten die Möglichkeit, neben „weiblich“ und „männlich“ eine dritte offen erfasste

Antwort zu geben. Unter den Befragten ab 15 Jahren waren 12.101 Frauen und 10.838 Männer. 62 Befragte gaben eine andere Geschlechtsidentität an ( $n=28$ ) oder machten keine Angaben ( $n=34$ ). Eine ausführliche Beschreibung dieses Vorgehens wird an anderer Stelle veröffentlicht. Die in diesem Beitrag nach Frauen und Männern getrennt berichteten Ergebnisse bilden die Geschlechtsidentität ab. Davon ausgenommen sind die Beschreibungen der Stichprobe im Vergleich zu Bevölkerungsdaten des Statistischen Bundesamtes 2019/Mikrozensus 2017.

Der **Fragebogen** ist als Supplement in dieser Ausgabe des Journal of Health Monitoring veröffentlicht. Er kann (mit Quellenangabe) für wissenschaftliche Projekte genutzt werden.

#### Erhebungsmethode

Die aktuelle GEDA-Welle wurde als telefonische Befragung mittels eines programmierten, vollstrukturierten Fragebogens durchgeführt (Computer Assisted Telephone Interview, CATI). Der Fragebogen wurde mit Hilfe der Software „VOXCO Interviewersuite“ umgesetzt und bot bei der Erhebung alle Vorzüge eines computergestützten Interviews, die die Datenqualität maßgeblich (mit-)beeinflussen: zum Beispiel automatisierte Filterführung, Plausibilitätsprüfungen und definierte Antwortbereiche (Range-Checks).

Neben einer übersichtlichen grafischen Darstellung für die Interviewenden ermöglichte die Software auch ein komplexes Anrufmanagement. Die Auswahl der aktuell zu kontaktierenden Telefonnummern, der Anwahlvorgang und die Wiederholung der Kontaktversuche wurden vollautomatisch und unabhängig von den Interviewenden gesteuert.

Nach der Programmierung durchlief der Fragebogen routinemäßig mehrere interne Qualitätssicherungsstufen.

In einem ersten Schritt wurde der Wortlaut mit der Programmiervorlage abgeglichen, um Übertragungsfehler bei der Programmierung zu erkennen. Hierbei wurde beim gegenseitigen Vorlesen überprüft, ob sowohl die Fragen, die Antwortkategorien als auch die Überleitungstexte wortwörtlich mit der Programmiervorlage übereinstimmten. Als nächstes wurde die Funktionalität des Fragebogens geprüft. Im Fokus standen hier folgende Bereiche:

- ▶ Filterführung (das automatisierte Überspringen von nichtzutreffenden Fragen),
- ▶ Plausibilitätsprüfungen (z. B. erscheint eine Fehlermeldung bei einem unplausiblen Body Mass Index, um fehlerhafte Eingaben der Interviewenden bei Körpergröße und/oder Gewicht zu vermeiden),
- ▶ Range-Checks (z. B. erscheint eine Fehlermeldung bei unplausiblen (zu hohen oder zu niedrigen) numerischen Angaben, um fehlerhafte Eingaben zu vermeiden),
- ▶ Codierung der Antwortkategorien (von Eurostat größtenteils vorgegeben).

Ein besonderes Augenmerk bei der Testung galt der komplexen An- und Rückrufsteuerung des Fragebogens. Da nicht jeder Anruf gleich zu einem Interview führte, mussten sämtliche Anrufergebnisse antizipiert und über die Software in sogenannten Disposition Codes abgebildet werden. Eine detaillierte Dokumentation der Anwahlergebnisse war nicht nur für die Steuerung der Rückrufregeln von zentraler Bedeutung, sondern sie bildete im Nachhinein auch die Grundlage für die Berechnung der Ausschöpfungsquote beziehungsweise der Responserate. Um mögliche Fehlvercodungen auf Seiten der Interviewenden zu vermeiden, musste die An- und Rückrufsteuerung zudem effektiv und leicht zu bedienen sein.

**Die Daten dienen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und werden vom Statistischen Amt der Europäischen Union (Eurostat) zum Zweck der Erstellung amtlicher europäischer Statistiken genutzt.**

Neben einer effektiven und detaillierten Dokumentation der Anwahlergebnisse erfüllte die An- und Rückrufsteuerung noch weitere Funktionen, die für den Erhebungsprozess von elementarer Bedeutung waren: Bevor mit dem eigentlichen Interview (Befragungsphase) begonnen werden konnte, musste während der Kontaktabbahnungsphase die zu befragende Person ermittelt und in der Regel zur Teilnahme an der Studie überzeugt werden. Während die Befragungsphase strengen Standardisierungsregeln unterworfen war, galt es in der Kontaktabbahnungsphase den Interviewenden in der An- und Rückrufsteuerung einen Leitfaden an die Hand zu geben, um sich individuell und flexibel auf jede Kontaktperson einstellen zu können. Das RKI orientierte sich hier an den Richtlinien, die der ADM empfiehlt [12]. Inwieweit über die An- und Rückrufsteuerung alle möglichen Szenarien in der Kontaktabbahnungsphase korrekt und effizient abgebildet werden konnten, wurde in einem Pretest ermittelt (siehe Kapitel 3, Abschnitt Pretestung).

### 3. Durchführung der Erhebung

#### Schulungskonzept

Mit der Durchführung der Datenerhebung GEDA 2019/2020-EHIS wurde ein externes Markt- und Sozialforschungsinstitut (USUMA GmbH) beauftragt, mit dem bereits eine langjährige Partnerschaft im Hinblick auf die gemeinsame Durchführung telefonischer Befragungen besteht (GEDA 2012, verschiedene Ad-hoc-Studien). Im Laufe dieser Zusammenarbeit wurde das vom RKI entwickelte Schulungskonzept regelmäßig überarbeitet und angepasst. Als Schulungsinhalte wurden folgende theoretische Einheiten vermittelt (vgl. [13]):

- ▶ Informationen zum Auftraggeber, Hintergrund und Zielsetzung der Studie,
- ▶ Aufbau, Inhalt und Besonderheiten des Fragebogens,
- ▶ sicherer technischer Umgang mit der CATI-Software (u. a. Umgang mit den Disposition Codes, Navigation innerhalb des Fragebogens),
- ▶ vollständige, aussagekräftige und datenschutzgerechte Dokumentation der Ermittlung der zu befragenden Person und der Einwilligung zur Teilnahme,
- ▶ Vorgehen in der Kontaktphase (Argumentationsstrategien, angemessenes Auftreten),
- ▶ standardisierte Interviewführung und Umgang mit Informationen über mangelnde Qualität der Interviews,
- ▶ angemessener Umgang mit schwierigen Interviewsituationen (z. B. abschweifende Gespräche, Gesprächspausen, heikle Fragen).

Als fester Bestandteil des Schulungskonzeptes wurden im Anschluss an die theoretischen Einheiten auch praktische Übungen durchgeführt. Hierbei konnten sich die Interviewenden unter anderem mit Hilfe von ausgewählten Beispielszenarien mit der Vercodung der jeweiligen Anrufergebnisse (Disposition Codes) in der Erhebungssoftware vertraut machen. Eine sehr wertvolle Übung waren gegenseitige Trainingsinterviews, durch die die Interviewenden auch die Perspektive der zu befragenden Person einnehmen konnten. In dieser Rolle konnten die Interviewenden ein Gefühl für die Fragebogenlänge, -dramaturgie und -komplexität bekommen, aber auch schwierige Kontaktabbahnungen und somit Argumentationsstrategien entwickeln und trainieren.

Zusätzlich wurden den Interviewenden stets alle relevanten Informationen zur Studie, zentrale Schulungselemente

und Kontakt- und Informationsmöglichkeiten als Merkblatt am Arbeitsplatz zur Verfügung gestellt.

Während der Feldlaufzeit war es notwendig, kontinuierlich weitere Interviewende zu schulen, um ausgeschiedene Interviewende zu ersetzen. Ab März 2020 wurden die Schulungen ausschließlich virtuell durchgeführt. Insgesamt wurden 216 Interviewende in 35 Schulungen geschult.

### Pretestung

Wie bereits in [Kapitel 2 \(Abschnitt Erhebungsmethode\)](#) erwähnt, wurde die Funktionalität des Fragebogens direkt nach der Programmierung getestet. Andere Bereiche können allerdings erst in der Interaktion mit zu befragenden Personen in einem Pretest getestet werden. Ein Standard-Pretest wurde vor dem Start der Erhebung bei einer Zufallsstichprobe mit circa 200 Interviews durchgeführt. Bei diesem Test wurden folgende Aspekte und Gütekriterien untersucht (vgl. [14]):

- ▶ **Verständlichkeit:** die Verständlichkeit der Fragen, um zu erfahren, ob tatsächlich auch die Inhalte erfragt und abgebildet werden, die angezielt waren (Validität)
- ▶ **Fragereihenfolge und Logik:** die Anordnung der Fragenkomplexe, um zu prüfen, ob durch die Fragereihenfolge möglicherweise eine unbewusste Beeinflussung der Befragten entstanden ist (Reliabilität)
- ▶ **Filterführung:** die Filterung der Fragenfolge, um zu prüfen, ob die Filter richtig programmiert wurden (Erhebungsgüte)
- ▶ **Fragebogenkonstruktion und Fragestellung:** die Sinnfälligkeit, um abzusichern, dass inhaltlich nicht relevante Fragestellungen oder inhaltliche Dopplungen aufgedeckt werden (Homogenität und Trennschärfe)

- ▶ **Funktionalität der An- und Rückrufsteuerung**
- ▶ **Fragebogendauer:** Zeitverhalten des Gesamtfragebogens und einzelner Fragenkomplexe

Mittels eines Pretestdatensatzes wurden diese Bereiche der Fragebogengüte durch das Qualitätssicherungsteam geprüft und durch Häufigkeitszählungen, Verteilung der Missing-Werte und Zeitdauer einzelner Themenblöcke ausgewertet. Ergänzend wurde in einem ersten Erfahrungsaustausch ein Feedback der Interviewenden und der Supervidierenden eingeholt und in die Bewertung des Erhebungsinstruments mit einbezogen.

### Feldverlauf

Von April 2019 bis Anfang September 2020 wurden insgesamt 23.001 Interviews, einschließlich regionaler Aufstockungen, realisiert. Ziel der regionalen Aufstockungen ist, es den entsprechenden Bundesländern zu ermöglichen, mit den Daten repräsentative Analysen für ihr Land vorzunehmen. In der aktuellen GEDA-Welle wurden die Interviewzahlen der Bundesländer Berlin und Saarland aufgestockt. Die telefonischen Interviews wurden von Montag bis Freitag (von 8:30 Uhr bis 21:00 Uhr) und Samstag (von 10:00 Uhr bis 15:00 Uhr) im Telefonstudio unter Aufsicht von erfahrenen Supervidierenden durchgeführt, ab Mitte März 2020 entsprechend der geltenden Corona-Maßnahmen. Der erste Kontaktversuch in einem Haushalt erfolgte in der Regel zwischen 14:30 Uhr und 21:00 Uhr. Durchschnittlich waren 4,3 Anrufe notwendig, um ein Interview zu realisieren. Die bereinigte Interviewdauer lag bei circa 40 Minuten. Insgesamt waren 216 Interviewende im Einsatz, 114 Frauen und 102 Männer mit einer Altersspanne zwischen 19 und 84

Jahren (Durchschnittsalter 53 Jahre). Um Interviewereffekte, also den Einfluss von Interviewenden auf das Antwortverhalten der Befragten, zu minimieren, wurde auf einen heterogenen Interviewerstab geachtet. Durchschnittlich haben pro Monat 1.278 (Minimum: 394, Maximum: 1.841) Personen an der Befragung teilgenommen.

### Feldmonitoring

Ein zentraler Aspekt bei der Durchführung wissenschaftlicher telefonischer Befragungen ist das Einhalten einer standardisierten Messsituation (Interview). Um diesem Anspruch gerecht zu werden, fand ein kontinuierliches Feldmonitoring statt. Die Qualität der Datenerhebung wurde fortlaufend – quantitativ und qualitativ – anhand definierter Kriterien kontrolliert, um daraus konkrete Maßnahmen für die Feldsteuerung abzuleiten. Das Feldmonitoring im Rahmen der Studie GEDA 2019/2020-EHIS orientierte sich an einem standardisierten Konzept [15, 16]. Dabei erfolgte ein quantitatives Feldmonitoring, das diverse Prozessdaten betrachtet und bewertet (Anzahl Anrufversuche, Interviews, Verweigerungen, Terminabsprachen, durchschnittliche Interviewdauer, etc.). Durch die Beobachtung dieser Prozessdaten konnten die Arbeitsweise und Effektivität der interviewenden Personen kontinuierlich beurteilt und etwaige Auffälligkeiten rechtzeitig erkannt werden, um möglichst früh durch gezielte Nachschulungen intervenieren zu können. Zudem fand parallel ein qualitatives Feldmonitoring durch die Supervision der Interviewenden statt. Zusätzlich zur Supervision durch Mitarbeitende des externen Markt- und Sozialforschungsinstituts führte das RKI eigene Supervisionen durch. Während der Feldphase wurden in regelmäßigen Abständen Feedbackrunden mit den

Interviewenden und Erfahrungsaustausche der Supervidierenden untereinander durchgeführt. Begleitend zum Feldverlauf wurden studienspezifische Informationen in einem Feldtagebuch festgehalten. Die Supervidierenden waren mit folgenden Aufgaben betraut:

- ▶ Sitzplatzverteilung (neue Interviewende wurden gezielt neben erfahrene Interviewende platziert, damit sie zum Beispiel Argumentationsstrategien mithören konnten),
- ▶ Beantwortung von akuten Fragen zum Beispiel im Umgang mit der Software oder mit schwierigen Situationen in der Kontaktabahnung,
- ▶ Qualitätssicherung und Coaching der Kontaktabahnung,
- ▶ Qualitätssicherung und Coaching der standardisierten Interviewsituation.

Ein Hauptziel der Supervision war es, die Kontaktabahnungs- und Interviewsituation aller Interviewenden über die Feldlaufzeit hinweg kontinuierlich zu verfolgen und somit die Qualität der Arbeit zu sichern und zu verbessern. Dazu wurde ein standardisierter Fragenkatalog (vgl. [16]) eingesetzt, der im Anschluss an die Supervision mit der beziehungsweise dem Interviewenden ausführlich besprochen und danach archiviert wurde. Diese standen den Supervidierenden während der gesamten Feldphase zur Verfügung und bildeten die Basis für die nächste Supervision, sodass die Entwicklung der Interviewenden im Feldverlauf eingeschätzt und beurteilt werden konnte. Zeigten sich in den Bereichen Kontaktabahnung und (standardisierter) Interviewführung Defizite, erhielt die beziehungsweise der betreffende Interviewende eine Nachschulung und gegebenenfalls weitere Argumentationstrainings.

Ergebnisse der qualitativen und quantitativen Methoden wurden regelmäßig zwischen den Instituten ausgetauscht. Insgesamt wurden während der Feldlaufzeit 1.616 Supervisionen durchgeführt.

#### 4. Response

Insgesamt wurden 23.001 (12.620 Festnetz, 10.381 Mobilfunk) vollständige Interviews geführt. Die Responserate (Festnetz und Mobilfunk kombiniert) wurde nach den Standards der American Association for Public Opinion Research (AAPOR) ermittelt, wobei nicht das letzte Kontaktergebnis einer Anrufsequenz verwendet wurde, sondern das finale und damit informationsreichste Ergebnis [17]. Insgesamt wurden in der Festnetzstichprobe 672.500 Rufnummern und in der Mobilfunkstichprobe 514.823 Rufnummern kontaktiert. Den größten Anteil nahmen, wie bei telefonischen Befragungen üblich, ungültige (bspw. nicht vergebene) Rufnummern ein (in der AAPOR-Klassifikation Code 4,300 bzw. 4,310; Festnetz: 524.737 Rufnummern, Mobilfunk: 382.044 Rufnummern) [18].

Innerhalb der AAPOR-Klassifikation werden unterschiedliche Responseraten mit jeweils unterschiedlichen Berechnungsmethoden differenziert. Die AAPOR-Klassifikation geht dabei, vereinfacht formuliert, von vier grundlegenden Kategorien aus, in die Rufnummern nach ihrem finalen Kontaktergebnis zugeordnet werden: Interviews (1er-Codes), Verweigerung/Nonrespondenten (2er-Codes), unklare Rufnummern (3er-Codes), ungültige Rufnummern (4er-Codes). An dieser Stelle wird die Responserate 3 berichtet. Diese mittlere Responserate gewichtet Rufnummern mit ungeklärtem Status durch eine Schätzung der sogenannten „eli-

gibility rate“, bei der die Kategorien „Verweigerung/Nonrespondenten“ und „ungültige Nummer“ ins Verhältnis gesetzt werden. Entsprechend der Berechnung nach AAPOR wurde eine kombinierte Responserate (RR<sub>3</sub>) von 21,6 % erreicht. Die RR<sub>3</sub> der Festnetzstichprobe beträgt 13,8 % und bei der Mobilfunkstichprobe 31,0 %. Dieser substantielle Unterschied ist vor allem auf den sehr viel höheren Anteil an Verweigerungen (Festnetz: 8,9 %, Mobilfunk: 2,7 %) und dem geringeren Anteil an Rufnummern mit ungeklärtem Status (Festnetz: 3,0 %, Mobilfunk: 16,9 %) in der Festnetzstichprobe zurückzuführen.

Die nach wie vor bestehende Notwendigkeit von Dual-Frame-Stichproben wird bei der Betrachtung der Stichprobenszusammensetzung differenziert nach Festnetz und Mobilfunk deutlich. Hinsichtlich Bildung zeigen sich keine substantiellen Unterschiede, wohingegen die Geschlechts- und Alterszusammensetzung zum Teil deutlich zwischen

Merkmal	Festnetz		Mobilfunk	
	n	%	n	%
<b>Geschlecht (Geschlechtsidentität)</b>				
Weiblich	7.227	57,4	4.874	47,1
Männlich	5.359	42,6	5.479	52,9
<b>Altersgruppe</b>				
15–39 Jahre	1.665	13,2	3.145	30,3
40–59 Jahre	3.852	30,5	3.974	38,3
≥60 Jahre	7.103	56,3	3.262	31,4
<b>Bildungsstatus (ISCED-Klassifikation 2011)</b>				
Untere Bildungsgruppe	946	7,5	673	6,5
Mittlere Bildungsgruppe (ohne Abitur)	3.864	30,7	2.701	26,1
Mittlere Bildungsgruppe (mit Abitur)	1.567	12,5	1.550	15,0
Obere Bildungsgruppe	6.212	49,3	5.425	52,4

ISCED = Internationale Standardklassifikation des Bildungswesens

**Tabelle 1**  
**Response stratifiziert nach soziodemografischen Merkmalen, aufgeschlüsselt nach Festnetz und Mobilfunk**  
 Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

Mobilfunk und Festnetz abweicht. So ist der Anteil der 15- bis 39-Jährigen mit 30,3 % in der Mobilfunkstichprobe sehr viel größer als in der Festnetzstichprobe (13,2 %). Demgegenüber fällt der Anteil der Altersgruppe 60 Jahre und älter mit 56,3 % in der Festnetzstichprobe wesentlich größer aus als in der Mobilfunkstichprobe (31,4 %). Auch weibliche Teilnehmende sind in der Festnetzstichprobe deutlich häufiger vertreten (57,4 %) als in der Mobilfunkstichprobe (47,1 %).

## 5. Datenaufbereitung

### Datenprüfung

Im Rahmen der Datenqualitätssicherung der GEDA 2019/2020-EHIS-Befragung wurde der Datenerhebungsprozess ergänzend zu bereits dargestellten Maßnahmen des Feldmonitorings mit weiteren umfangreichen Datenprüfungen begleitet. Sofern möglich, wurden standardisierte Verfahren zur Aufbereitung, Prüfung und Bereinigung der Daten eingesetzt. Die etablierten Methoden zur Datenaufbereitung und Datenqualitätssicherung wurden durch Datenbanktools zur Verwaltung und Dokumentation von Erhebungsinstrumenten und Qualitätssicherungsmaßnahmen ergänzt. Die im Rahmen des EHIS von Eurostat entwickelten und vorgegebenen Prüfverfahren wurden vollständig integriert [11].

Bei der Studie GEDA 2019/2020-EHIS kam erstmals ein sogenanntes Reporting-Tool zum Einsatz. Dieses konnte alle relevanten Informationen für die Qualitätssicherung übersichtlich darstellen und diese zentral allen projektbeteiligten Mitarbeitenden zur Verfügung stellen. Für die feldbegleitende Qualitätssicherung wurde das

Reporting-Tool genutzt, um unmittelbar Fehler im Datenerhebungsprozess zu identifizieren und daraus umgehend Maßnahmen ergreifen zu können. In der anschließenden Bereinigung und Aufbereitung der Daten wurde die Einhaltung der EHIS-Vorgaben (Consistency Checks, Filter) kontrolliert. Die Aktualisierung des Reporting-Tools erfolgte monatlich.

Die zentralen Aspekte der Datenbereinigung und Datenqualitätssicherung bestanden in der Überprüfung der korrekten Filterführung, Identifizierung und Bereinigung von unplausiblen Angaben (z. B. Wertebereiche, Widersprüche) und Generierung neuer Variablen. Hierbei folgte man den Vorgaben, die Eurostat definierte. Diese bestanden aus drei verschiedenen Gruppen von Regeln: Check für Codierung und Wertebereich (Value Check, VC), Filter Check (Skip Check, SC) und Prüfung der Plausibilität zwischen verschiedenen Unterthemen (Consistency Check, CC). Darüber hinaus wurden Freitextcodierungen sowie eine Einkommensimputation (Ersetzung fehlender Einkommensangaben durch statistische Verfahren) durchgeführt.

Da es sich um ein computergestütztes telefonisches Interview (CATI) handelte, konnten bereits bei der Erstellung des Erhebungsinstruments Aspekte der Filterführung sowie Plausibilitätsprüfungen eingebaut werden. Zum Beispiel waren die Filter bereits gemäß der von Eurostat vorgegebenen Skip Checks programmiert, so dass Filterverletzungen größtenteils ausgeschlossen werden konnten. Auch die Vorgaben zum Value Check wurden bezüglich der zulässigen Wertebereiche im programmierten Fragebogen berücksichtigt, weswegen nur vereinzelt Angaben (z. B. zu Einkommen, Haushaltszusammensetzung) im Nachgang umfangreicher geprüft und zum Teil auf Missing gesetzt werden mussten.

**Im Rahmen des EHIS erheben die EU-Mitgliedstaaten alle sechs Jahre Daten zum Gesundheitszustand, zur gesundheitlichen Versorgung und zu Gesundheitsdeterminanten der Bevölkerung ab 15 Jahren.**

Sowohl der Skip Check als auch der Consistency Check konnten dazu führen, dass die Daten erneut überprüft werden müssen: Bei sogenannten „Warnings“ konnten zunächst unplausible Werte nach der Prüfung als gültige Werte bestätigt werden, sodass keine Änderung vorgenommen werden musste. Führte ein Check zu dem Ergebnis „Error“, musste dieser Fehler zwingend behoben werden, indem er in einen gültigen Wert korrigiert wurde.

Das von Eurostat vorgegebene Indicators Manual enthielt eine Liste sämtlicher Variablen, die zu generieren waren, um später internationale Vergleiche durchführen zu können, zum Beispiel mit früheren EHIS-Wellen oder zwischen EU-Ländern. Die Variablen wurden zentral für den Auswertungsdatensatz durch das epidemiologische Datenzentrum des RKI generiert und eine ausführliche Dateninformation wurde angelegt.

Codierungen offener Antworten beziehungsweise Freitexte kamen bei „erlernter Beruf“ sowie in geringem Umfang bei der Abfrage zur Geschlechtsidentität vor. Die Angabe zur Geschlechtsidentität wurde von inhaltlichen Expertinnen beziehungsweise Experten ausgewertet und zutreffenden Codierungen zugeordnet. Die Antworten auf die Abfrage der Berufe und durchgeführten Tätigkeiten wurde zunächst in die sogenannte (nationale) „Klassifikation der Berufe 2010“ (KldB10) [19, 20] codiert. Bei dem Prozess handelte es sich um eine computergestützte manuelle Codierung. Die Software wurde am RKI programmiert und weiterentwickelt. Nach Abschluss der KldB10-Codierung wurden die Codes in die „International Standard Classification of Occupations 2008“ (ISCO 08) [21] überführt. Dabei wurde der Großteil durch einen eindeutigen Umsteigeschlüssel automatisch umgewandelt. Die verbleibenden circa 30%

der Fälle wurden manuell zugeordnet. Die maximale Anzahl an möglichen ISCO-o8-Codes beträgt vier.

### Gewichtung

Die Stichprobengewichte geben an, wie viele Personen aus der Grundgesamtheit durch eine Person in der Stichprobe repräsentiert werden. Die Gewichtung besteht in der Regel aus einer Design- und einer Anpassungsgewichtung. Die Designgewichte werden durch die Wahrscheinlichkeit bestimmt, mit der eine Person Teil der Stichprobe ist (Auswahlwahrscheinlichkeit). Personen mit einer geringeren Auswahlwahrscheinlichkeit repräsentieren mehr Menschen aus der Grundgesamtheit als Personen mit einer hohen Auswahlwahrscheinlichkeit. Wie in [Kapitel 2](#) dargestellt, basierte die Stichprobe auf einer Kombination aus Mobilfunk- und Festnetzstichprobe. Die daraus folgenden Designgewichte beruhen auf einem Standard-Berechnungsverfahren für das hier vorliegende Dual-Frame-Design [22]. Die Berechnung erfolgte durch das für die Erhebung beauftragte Markt- und Sozialforschungsinstitut.

Die Anpassungsgewichtung versucht, die individuelle Teilnahmebereitschaft auszugleichen. Sind Personen aus bestimmten Bevölkerungsgruppen weniger bereit, an der Studie teilzunehmen, so führt dies dazu, dass deren Anteil in der Stichprobe nicht mit dem in der Grundgesamtheit übereinstimmt. Die Stichprobe wurde auf Basis von Bevölkerungsdaten des Statistischen Bundesamtes (Destatis) und des Mikrozensus 2017 (MZ) der potenziellen Stichprobenverzerrung angepasst. Die Grundgesamtheit wurde dabei in nicht überlappende Teilpopulationen (Straten) aufgeteilt, für die die Bevölkerungszahlen bekannt waren. In der Stichprobe wurden in jedem Stratum die Gewichte so verändert, dass

die geschätzte Anzahl mit der externen Angabe übereinstimmt. Hierzu wurde die Stichprobe nach den Merkmalen Bundesland, siedlungsstruktureller Kreistyp [23], Altersklasse, Geschlecht und Bildung (nach der Internationalen Standardklassifikation des Bildungswesens, ISCED11 [24]) eingeteilt. Beim Geschlecht wurde die Angabe zum Geburtsgeschlecht verwendet, um vergleichbar mit der Bevölkerungsfortschreibung zu sein. Die Anpassungsgewichtung wurde iterativ nach dem sogenannten „Raking“-Verfahren durchgeführt [25]. Dieses Verfahren ist solange wiederholt worden, bis sich die Gewichte nur noch wenig veränderten. Jeweils nach der letzten Anpassungsebene wurden Gewichte, die kleiner als das 0,5%-Quantil beziehungsweise größer als das 99,5%-Quantil waren, auf den Wert des jeweiligen Quantils gesetzt. Für Auswertungen einer Teilstichprobe mit Teilnehmenden ab 18 Jahren wurde ein extra Gewichtungsfaktor bereitgestellt, der nach dem gleichen Verfahren gebildet wurde. Bei der Anwendung der Gewichtungsprozedur ist es zwingend notwendig, dass alle gewichtungsrelevanten Variablen gültige Werte besitzen. Fehlende Werte wurden durch gültige Werte ersetzt (häufigste Kategorie bei der Bildung; Imputation der Bundeslandangabe und Kreistyp).

Insgesamt zeigen die ungewichteten Anteile nach Altersgruppen und nach Geschlecht eine relativ gute Übereinstimmung mit den gewichteten Anteilen, die den offiziellen Bevölkerungszahlen entsprechen. Es gibt gewisse Abweichungen bei den Teilnehmenden unter 45 Jahren, die in der ungewichteten Stichprobe unterrepräsentiert sind (Tabelle 2). Teilnehmende zwischen 45 und 79 Jahren sind hingegen überproportional vertreten. Zusätzlich ist in Tabelle 2 deutlich zu erkennen, dass weniger Personen der niedrigen Bildungsgruppe zu einem Interview bereit waren;

dagegen war eine größere Teilnahmebereitschaft in der hohen Bildungsgruppe vorhanden. Diese Bildungsverzerrung der Stichprobe ist vergleichbar mit den Ergebnissen der Studie GEDA 2012 [5].

Merkmal	n	%	Gewichtet	Destatis 2019/ Mikrozensus 2017**
			%	%
<b>Geschlecht (Geburtsgeschlecht)</b>				
Weiblich	12.111	52,7	51,0	51,0
Männlich	10.890	47,3	49,0	49,0
<b>Altersgruppe</b>				
15–29 Jahre	2.394	10,4	18,9	19,0
30–44 Jahre	3.769	16,4	21,9	21,9
45–64 Jahre	8.981	39,1	34,0	34,0
65–79 Jahre	6.048	26,3	17,4	17,3
≥80 Jahre	1.809	7,9	7,8	7,9
<b>Siedlungsstruktureller Kreistyp (BBSR)</b>				
Dünn besiedelte ländliche Kreise	2.554	11,9	14,9	14,9
Ländliche Kreise	2.830	13,2	17,1	17,1
Städtische Kreise	8.385	39,1	37,8	38,5
Kreisfreie Großstädte	7.664	35,8	30,2	29,4
<b>Bildungsstatus* (ISCED-Klassifikation 2011)</b>				
Untere Bildungsgruppe	1.339	5,9	17,8	17,5
Mittlere Bildungsgruppe (ohne Abitur)	6.560	29,0	41,9	42,2
Mittlere Bildungsgruppe (mit Abitur)	3.109	13,7	15,1	15,2
Obere Bildungsgruppe	11.637	51,4	25,1	25,2

BBSR=Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung  
ISCED=Internationale Standardklassifikation des Bildungswesens

\* Dargestellt sind nur Teilnehmende ab 18 Jahren, da in dem Altersbereich von 15 bis 17 Jahren die Bildung nach ISCED11 bei einem großen Teil der Bevölkerung noch nicht abgeschlossen ist

\*\* Geschlecht, Alter und siedlungsstruktureller Kreistyp anhand von Bevölkerungsdaten des Statistischen Bundesamtes 2019, ISCED-Bildungsgruppen anhand des Mikrozensus 2017

**Tabelle 2**  
**Beschreibung der Stichprobe nach soziodemografischen Merkmalen nach Anzahl, ungewichtet, gewichtet und im Vergleich zu Bevölkerungsdaten des Statistischen Bundesamtes 2019/Mikrozensus 2017**  
Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

## GEDA-Daten ermöglichen vergleichende Datenanalysen auf europäischer Ebene.

### 6. Stärken und Limitationen

Mit der Integration des EHIS in die Studie GEDA 2019/2020-EHIS ist es möglich, nationale Gesundheitsdaten mit anderen EU-Mitgliedstaaten zu vergleichen und Analysen auf europäischer Ebene durchzuführen. Jedoch ist zu beachten, dass Erhebungsmodi und Stichprobendesign zwischen den Ländern variieren. Dies muss bei der Bewertung der Ergebnisse zwingend berücksichtigt und analysiert werden [26].

Für ausgewählte Themenbereiche ist es möglich, Trendanalysen mit früheren GEDA-Wellen (2009, 2010, 2012) vorzunehmen, die ebenfalls auf Basis einer Telefonstichprobe durchgeführt wurden. Hinsichtlich der Erhebung GEDA 2014/2015-EHIS ist einerseits eine gute Vergleichbarkeit gegeben, da die Fragebogeninhalte mehrheitlich unverändert geblieben sind. Es gab aber einen Wechsel im Stichprobendesign, weswegen Trendaussagen nur mit Einschränkungen möglich sind. Das Stichprobendesign wurde von einer Registerstichprobe auf eine Telefonstichprobe umgestellt und der Erhebungsmodus wurde von einem Selbstausfüll-Fragebogen (Online, Papier) auf ein computergestütztes Telefoninterview (CATI) geändert. Die möglichen Brüche in den nationalen Zeitreihen der Gesundheitsindikatoren müssen daher sorgfältig evaluiert werden. Eine frühere methodische Studie zu den möglichen Unterschieden zwischen den Erhebungsmodi bei Gesundheitsbefragungen deutete darauf hin, dass der Einfluss des Erhebungsmodus auf die Prävalenzschätzungen bei einigen Gesundheitsindikatoren gering, bei anderen jedoch stärker sein kann [27].

Mit dem Erhebungszeitraum zwischen April 2019 und September 2020 fiel die Datenerhebungsphase in die

Anfangsphase der SARS-CoV-2-Pandemie [28]. Die mit der Ausbreitung des neuartigen Coronavirus einhergehenden Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie haben neben den infektionsepidemiologischen auch Auswirkungen auf viele weitere Aspekte der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung. Darüber hinaus sind in diesem Zusammenhang veränderte Teilnahmebereitschaften aufgrund von Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie denkbar. So könnte eine Ausweitung flexibler Heimarbeit oder die erhöhte Inanspruchnahme von Kurzarbeit zur Folge haben, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen besser oder schlechter telefonisch erreicht wurden. In der methodischen Forschung lassen sich solche Effekte bereits beobachten. In den USA zeigte sich, dass beispielsweise die Teilnahmebereitschaft am Zensus 2020 (postalischer Rekrutierungsweg) statistisch signifikant geringer war, desto höher die Infektionszahlen in dem betreffenden Gebiet waren [29]. Bei Analysen mit den Daten von GEDA 2019/2020-EHIS sollten diese Aspekte – potenzieller Einfluss der pandemischen Lage auf die Gesundheit und mögliche veränderte Teilnahmebereitschaften – mitbedacht und durch Sensitivitätsanalysen untersucht und falls nötig, zum Beispiel durch eine Korrektur der Gewichtungsfaktoren berücksichtigt werden. Andererseits stehen mit GEDA 2019/2020-EHIS einzigartige Daten im Rahmen der Erforschung von gesundheitlichen Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie zur Verfügung (siehe [30] und das Fact sheet [Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen während der COVID-19-Pandemie bei Menschen mit Diabetes in Deutschland](#) in Ausgabe 2/2021 des Journal of Health Monitoring). Den Autorinnen und Autoren ist nicht

Mit mehr als 20.000 Befragten pro Welle ist GEDA die größte bevölkerungsbezogene Gesundheitsbefragung von Erwachsenen in Deutschland.

bekannt, dass es eine weitere für die deutsche Wohnbevölkerung repräsentative Gesundheitsstudie gibt, die es ermöglicht, mit konstanten Erhebungsinstrumenten zeitliche Entwicklungen darzustellen, die einen unmittelbaren Vergleich der gesundheitlichen Lage circa ein Jahr vor Ausbruch der SARS-CoV-2-Pandemie mit dem unmittelbar anschließenden Zeitraum ab circa März 2020 ermöglicht.

Methodisch ist hervorzuheben, dass der verwendete telefonische Auswahlrahmen der ADM-Stichprobe als etabliert in der Forschung gilt. Mit diesem Auswahlrahmen können qualitativ hochwertige Zufallsstichproben der deutschen Allgemeinbevölkerung gezogen werden. Mit dem telefonischen Interview ist zudem ein vollstandardisierter Befragungsmodus gewählt worden, der effizient und relativ schnell einsetzbar ist. So sind über diesen Befragungsmodus potenzielle Interviewereffekte (Clustereffekte) geringer ausgeprägt als bei Face-to-Face-Befragungen [31]. Außerdem bietet dieser Modus die Möglichkeit einer effizienten Qualitätssicherung in Form einer kontinuierlichen Supervision der Interviewenden [32]. Demgegenüber haben telefonische Befragungen aber auch Schwächen gegenüber anderen Befragungsmodi. Telefonische Interviews sind, wie alle interviewerbasierten Erhebungsformen, anfällig für sozial erwünschtes Antwortverhalten. Das kann bei potenziell sensiblen Items zur Folge haben, dass die „wahre“ Prävalenz unterschätzt wird [32]. Außerdem zeigt sich deutlich, dass die berichteten Responseraten bei telefonischen Befragungen in der Regel niedriger als bei persönlichen Interviews (Face-to-Face) ausfallen. Das kann das Risiko eines höheren Non-Response-Bias verstärken, wobei eine niedrige Responsequote nicht automatisch eine Verzerrung der Ergebnisse zur Folge haben muss [33].

#### Korrespondenzadresse

Jennifer Allen  
Robert Koch-Institut  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring  
General-Pape-Str. 62–66  
12101 Berlin  
E-Mail: [AllenJ@rki.de](mailto:AllenJ@rki.de)

#### Zitierweise

Allen J, Born S, Damerow S, Kuhnert R, Lemcke J et al. (2021) Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS) – Hintergrund und Methodik. Journal of Health Monitoring 6(3): 72–87. DOI 10.25646/8558

Die englische Version des Artikels ist verfügbar unter: [www.rki.de/journalhealthmonitoring-en](http://www.rki.de/journalhealthmonitoring-en)

#### Datenschutz und Ethik

GEDA 2019/2020-EHIS unterliegt der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Die Ethikkommission der Charité – Universitätsmedizin Berlin hat die Studie unter ethischen Gesichtspunkten geprüft und der Durchführung des Studienvorhabens zugestimmt (Antragsnummer EA2/070/19). Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden wurden über die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihre mündliche Einwilligung (informed consent).

#### Förderungshinweis

GEDA 2019/2020-EHIS wurde mit Mitteln des Robert Koch-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit finanziert.

### Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

### Danksagung

Ein besonderer Dank gilt allen Beteiligten, die durch Ihre engagierte Mitarbeit die GEDA-Studie ermöglicht haben: die Interviewenden und Mitarbeitende der USUMA GmbH, die Kolleginnen und Kollegen des GEDA-Teams am RKI. Ebenfalls möchten wir uns bei allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern herzlich bedanken.

### Literatur

- Kurth BM, Lange C, Kamtsiuris P et al. (2009) Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut. Sachstand und Perspektiven. Bundesgesundheitsbl 52:557–570
- Lange C, Jentsch F, Allen J et al. (2015) Data Resource Profile: German Health Update (GEDA) – the health interview survey for adults in Germany. Int J Epidemiol 44(2):442–450
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2011) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2012) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- Lange C, Finger JD, Allen J et al. (2017) Implementation of the European health interview survey (EHIS) into the German health update (GEDA). Arch Public Health 75:40
- Europäisches Parlament (2018) VERORDNUNG (EU) 2018/255 DER KOMMISSION vom 19. Februar 2018 zur Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 1338/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates in Bezug auf Statistik auf der Grundlage der Europäischen Gesundheitsbefragung (EHIS). In: European Commission (Hrsg) Amtsblatt der Europäischen Union, S. L48/12–L48/38
- von der Heyde C (2013) Das ADM-Stichprobensystem für Telefonbefragungen. [https://www.gessgroup.de/wp-content/uploads/2016/09/Beschreibung-ADM-Telefonstichproben\\_DE-2013.pdf](https://www.gessgroup.de/wp-content/uploads/2016/09/Beschreibung-ADM-Telefonstichproben_DE-2013.pdf) (Stand: 05.10.2020)
- Sand M, Gabler S (2019) Gewichtung von (Dual-Frame-) Telefonstichproben. In: Häder S, Häder M, Schmich P (Hrsg) Telefonumfragen in Deutschland. Springer VS, Wiesbaden, S. 405–424
- Kish L (1949) A Procedure for Objective Respondent Selection within the Household. J Am Stat Assoc 44(247):380–387
- European Commission, Eurostat (2018) European Health Interview Survey (EHIS wave 3). Methodological manual. European Commission, Luxembourg
- ADM (2021) Richtlinie für telefonische Befragungen. Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e.V., S. 1–9
- Wetzstein M, Varga M, Lemcke J et al. (2019) Feldphase. In: Häder S, Häder M, Schmich P (Hrsg) Telefonumfragen in Deutschland. Springer VS, Wiesbaden, S. 241–292
- Liebau M, Schunter J, Schurath R et al. (2019) Fragebogenkonstruktion bei telefonischen Befragungen. In: Häder S, Häder M, Schmich P (Hrsg) Telefonumfragen in Deutschland. Springer VS, Wiesbaden, S. 193–239
- Schmich P, Lemcke J, Zeisler ML et al. (2018) Ad-hoc-Studien im Robert Koch-Institut. Journal of Health Monitoring 3(3):75–86. <https://edoc.rki.de/handle/176904/5771> (Stand: 21.07.2021)
- Allen J, Lemcke J (2019) Ausschreibung einer Telefonstudie. In: Häder S, Häder M, Schmich P (Hrsg) Telefonumfragen in Deutschland. Springer VS, Wiesbaden, S. 435–471
- Gramlich T, Häder S (2019) Methoden- und Feldberichte. In: Häder S, Häder M, Schmich P (Hrsg) Telefonumfragen in Deutschland. Springer VS, Wiesbaden, S. 425–434
- American Association for Public Opinion Research (AAPOR) (2016) Standard definitions – final disposition codes of case codes and outcome rates for surveys. AAPOR, Deerfield
- Bundesagentur für Arbeit (2011) Klassifikation der Berufe 2010. Band 2: Definitorischer und beschreibender Teil. Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg
- Bundesagentur für Arbeit (2011) Klassifikation der Berufe 2010. Band 1: Systematischer und alphabetischer Teil mit Erläuterungen. Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg

21. ILO (2012) International standard classification of occupations (ISCO-08). Vol. 1: Structure, group definitions and correspondence tables. ILO, Genf

---

22. Häder S, Sand M (2019) Telefonstichproben. In: Häder S, Häder M, Schmich P (Hrsg) Telefonumfragen in Deutschland. Springer VS, Wiesbaden, S. 113–151

---

23. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2021) Laufende Raumbbeobachtung – Raumbbegrenzungen: Siedlungsstrukturelle Kreistypen. <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raumbbeobachtung/Raumbbegrenzungen/deutschland/kreise/siedlungsstrukturelle-kreistypen/kreistypen.html;jsessionid=4FBB924CoA196CoD8141D36DACB7E644.live!1291?nn=2544954> (Stand: 07.04.2021)

---

24. UNESCO Institute for Statistics (2012) International Standard Classification of Education: ISCED 2011. UIS, Montreal, S. 85

---

25. Lumley T (2011) Complex Surveys: A Guide to Analysis Using R. Wiley, Hoboken, New Jersey

---

26. Hintzpeter B, Finger JD, Allen J (2019) European Health Interview Survey (EHIS) 2 – Hintergrund und Studienmethodik. Journal of Health Monitoring 4(4):71–85. <https://edoc.rki.de/handle/176904/6245> (Stand: 21.07.2021)

---

27. Hoebel J, von der Lippe E, Lange C et al. (2014) Mode differences in a mixed-mode health interview survey among adults. Arch Public Health 72(1):46

---

28. Schilling J, Buda S, Fischer M et al. (2021) Retrospektive Phaseneinteilung der COVID-19-Pandemie in Deutschland bis Februar 2021 Epidemiologisches Bulletin (15):3–12

---

29. Bates N, Zamadics J (2021) COVID-19 Infection Rates and Propensity to Self-Respond in the 2020 U.S. Decennial Census. Survey Practice 14(1):1–12

---

30. Damerow S, Rommel A, Prütz F et al. (2020) Die gesundheitliche Lage in Deutschland in der Anfangsphase der COVID-19-Pandemie. Zeitliche Entwicklung ausgewählter Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. Journal of Health Monitoring (4):3–22. <https://edoc.rki.de/handle/176904/7548.2> (Stand: 21.07.2021)

---

31. von Hermanni H (2019) Rolle und Einfluss von Interviewern in telefonischen Umfragen. In: Häder S, Häder M, Schmich P (Hrsg) Telefonumfragen in Deutschland. Springer VS, Wiesbaden, S. 293–347

---

32. Hüfken V (2019) Telefonische Befragung. In: Baur N, Blasius J (Hrsg) Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Springer VS, Wiesbaden, S. 757–768

---

33. Groves RM, Peytcheva E (2008) The Impact of Nonresponse Rates on Nonresponse Bias: A Meta-Analysis. Public Opin Q 72(2):167–189

## Impressum

### Journal of Health Monitoring

#### Herausgeber

Robert Koch-Institut  
Nordufer 20  
13353 Berlin

#### Redaktion

Johanna Gutsche, Dr. Birte Hintzpeter, Dr. Franziska Prütz,  
Dr. Martina Rabenberg, Dr. Alexander Rommel, Dr. Livia Ryl,  
Dr. Anke-Christine Saß, Stefanie Seeling, Dr. Thomas Ziese  
Robert Koch-Institut  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring  
Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung  
General-Pape-Str. 62–66  
12101 Berlin  
Tel.: 030-18 754-3400  
E-Mail: [healthmonitoring@rki.de](mailto:healthmonitoring@rki.de)  
[www.rki.de/journalhealthmonitoring](http://www.rki.de/journalhealthmonitoring)

#### Satz

Kerstin Möllerke, Alexander Krönke

ISSN 2511-2708

#### Hinweis

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die  
Meinung des Robert Koch-Instituts wider.



Dieses Werk ist lizenziert unter einer  
Creative Commons Namensnennung 4.0  
International Lizenz.



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im  
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

GEDA 2019/2020-EHIS – Telefonische Befragung

**1** Welches Geschlecht wurde bei Ihrer Geburt in Ihre Geburtsurkunde eingetragen?

- Männlich  Weiblich

**2** Da sich nicht alle Menschen ihrem eingetragenen Geschlecht zugehörig fühlen: Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig?

- Männlich  
 Weiblich  
 Oder einem anderen, und zwar: \_\_\_\_\_

**3** Wann sind Sie geboren? Bitte geben Sie den Monat und das Jahr an, in dem Sie geboren sind.

Monat		Jahr			

Ich möchte Ihnen jetzt Fragen zu Ihrer Gesundheit stellen.

**4** Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen? Ist er...

- Sehr gut  Gut  Mittelmäßig  Schlecht  Sehr schlecht

**5** Haben Sie eine chronische Krankheit oder ein lang andauerndes gesundheitliches Problem?

Damit gemeint sind Krankheiten oder gesundheitliche Probleme, die mindestens 6 Monate andauern oder voraussichtlich andauern werden.

- Ja  Nein

**6** Sind Sie durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt? Würden Sie sagen, Sie sind...

- ... stark eingeschränkt  ... nicht eingeschränkt?  
 ... mäßig eingeschränkt



Wie lange dauern Ihre Einschränkungen bereits an?

- Weniger als 6 Monate  6 Monate oder länger

Es geht nun um dauerhafte Krankheiten und chronische Gesundheitsprobleme. Bitte berücksichtigen Sie dabei keine vorübergehenden gesundheitlichen Probleme.

**7** Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine der folgenden Krankheiten oder Beschwerden?

	Ja	Nein
Asthma, einschließlich allergischem Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chronische Bronchitis, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Lungenemphysem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chronische Beschwerden infolge eines Herzinfarkts	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koronare Herzerkrankung oder Angina Pectoris	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bluthochdruck bzw. Hypertonie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chronische Beschwerden infolge eines Schlaganfalls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arthrose. Nicht gemeint ist Arthritis bzw. Gelenkentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden im unteren Rücken oder sonstige chronische Rückenleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden im Nacken oder sonstige chronische Beschwerden an der Halswirbelsäule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zuckerkrankheit/Diabetes, kein Schwangerschaftsdiabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allergien, wie Heuschnupfen, allergische Reaktionen der Augen oder der Haut, Lebensmittelallergien oder andere Allergien. Nicht gemeint ist allergisches Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leberzirrhose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Harninkontinenz, Probleme, die Blase zu kontrollieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chronische Nierenprobleme oder Nierenversagen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erhöhte Blutfette oder erhöhte Cholesterinwerte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**8** Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine Verletzung aufgrund einer der folgenden Unfälle?

Auch gemeint sind Verletzungen verursacht durch Vergiftungen, durch Tiere, auch Insekten. Nicht gemeint sind willentliche Verletzungen durch andere Personen.

	Ja	Nein
Verkehrsunfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unfall zu Hause	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Freizeitunfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn Sie keine Unfälle hatten, bitte weiter mit Frage 10.

**9** **Mussten Sie in Folge dieses Unfalls oder dieser Unfälle medizinisch versorgt werden?** Wenn Sie mehr als einen Unfall hatten, bezieht sich die Frage auf den schwerwiegendsten der Unfälle, also auf den Unfall, für den die umfassendste medizinische Versorgung benötigt wurde.

- Ja, ich kam in ein Krankenhaus - auch Rettungsstelle oder Notaufnahme - und musste über Nacht bleiben.
- Ja, ich kam in ein Krankenhaus - auch Rettungsstelle oder Notaufnahme - und musste nicht über Nacht bleiben.
- Ja, ich wurde in einer Arztpraxis versorgt.
- Es war keine medizinische Versorgung erforderlich.

Wenn Sie unter 65 Jahre sind, bitte weiter mit Frage 12.

**10** **Sind Sie innerhalb der letzten 12 Monaten gefallen, gestolpert oder ausgerutscht, so dass Sie Ihr Gleichgewicht verloren haben und auf dem Boden oder einer tieferen Ebene gelandet sind?**

- Ja  Nein



Wie oft ist dies innerhalb der letzten 12 Monate passiert?

- 1 Mal  2 Mal  Mehr als 2 Mal

**11** **Haben Sie Angst zu stürzen?**

- Überhaupt nicht  Ein wenig  Häufiger  Sehr viel

Wenn Sie nicht erwerbstätig sind, bitte weiter mit Frage 13.

**12** **Wenn Sie erwerbstätig sind, kam es in den letzten 12 Monaten vor, dass Sie krankheitsbedingt nicht zur Arbeit gehen konnten? Bitte berücksichtigen Sie alle Krankheiten, Verletzungen und sonstige gesundheitliche Beschwerden, wegen derer Sie nicht arbeiten konnten.**

- Ja  Nein



Wie viele Tage haben Sie in den letzten 12 Monaten insgesamt krankheitsbedingt bei der Arbeit gefehlt?

				Tage
--	--	--	--	------

Bei den folgenden Fragen geht es um Ihre Fähigkeit, verschiedene grundlegende Aktivitäten auszuführen. Bitte lassen Sie alle vorübergehenden Probleme außer Acht.

**13** **Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen?**

- Ja
- Nein
- Ich bin stark sehbehindert oder kann nicht sehen. Bitte weiter mit Frage 15

**14** **Haben Sie Schwierigkeiten beim Sehen? Würden Sie sagen...**

- Keine  Einige  Große Schwierigkeiten  Es ist mir nicht möglich.

**15** **Tragen Sie ein Hörgerät?**

- Ja
- Nein
- Ich bin hochgradig schwerhörig oder gehörlos. Bitte weiter mit Frage 18

**16** **Haben Sie Schwierigkeiten, zu hören, was in einem Gespräch mit einer anderen Person in einem ruhigen Raum gesagt wird? Würden Sie sagen...**

- Keine  Einige  Große Schwierigkeiten  Es ist mir nicht möglich.

**17** **Haben Sie Schwierigkeiten, zu hören, was in einem Gespräch mit einer anderen Person in einem lauterem Raum gesagt wird? Würden Sie sagen...**

- Keine  Einige  Große Schwierigkeiten  Es ist mir nicht möglich.

**18** **Haben Sie Schwierigkeiten einen halben Kilometer, also 500 Meter auf ebenem Gelände ohne Gehhilfe zu gehen? Würden Sie sagen...**

- Keine  Einige  Große Schwierigkeiten  Es ist mir nicht möglich.

**19** **Haben Sie Schwierigkeiten eine Treppe mit 12 Stufen hinauf- oder hinabzusteigen? Würden Sie sagen...**

- Keine  Einige  Große Schwierigkeiten  Es ist mir nicht möglich.

**20** **Haben Sie Schwierigkeiten, sich zu erinnern oder zu konzentrieren? Würden Sie sagen...**

- Keine  Einige  Große Schwierigkeiten  Es ist mir nicht möglich.

Nun folgt eine Frage zum Thema Mundgesundheit.

**21** Wie würden Sie den Zustand Ihrer Zähne und Ihres Zahnfleisches beschreiben? Ist er...

- Sehr gut  Gut  Mittelmäßig  Schlecht  Sehr schlecht

Wenn Sie unter 55 Jahre sind, bitte weiter mit Frage 27.

**22** Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Kauen oder Beißen fester Nahrungsmittel, z.B. von einem Apfel? Würden Sie sagen...

- Keine  Einige  Große Schwierigkeiten  Es ist mir nicht möglich.

Denken Sie jetzt bitte an Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Körperpflege und weiteren persönlichen Bedürfnissen. Bitte lassen Sie alle vorübergehenden Probleme außer Acht.

**23** Haben Sie normalerweise Schwierigkeiten, eine dieser Tätigkeiten ohne Hilfe auszuführen?

	Keine	Einige	Große Schwierigkeiten	Es ist mir nicht möglich.
Essen oder Trinken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sich von einem Bett oder Stuhl erheben oder sich darauf niederlassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
An- und Ausziehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toilettenbenutzung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Baden oder Duschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn Sie alle diese Tätigkeiten ohne Schwierigkeiten ausführen können, bitte weiter mit Frage 25.

**24** Haben Sie normalerweise Hilfe bei diesen Tätigkeiten? Denken Sie nun an Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Körperpflege und weiteren persönlichen Bedürfnissen, bei denen Sie Schwierigkeiten haben, sie ohne Hilfe auszuführen.

- Ja, bei mindestens einer Tätigkeit  **Benötigen Sie mehr Hilfe?**  
 Ja, bei mindestens einer Tätigkeit  
 Nein
- Nein  **Benötigen Sie Hilfe?**  
 Ja, bei mindestens einer Tätigkeit  
 Nein

Denken Sie nun an Tätigkeiten bei der Erledigung des Haushalts. Bitte lassen Sie alle vorübergehenden Probleme außer Acht.

**25** Haben Sie normalerweise Schwierigkeiten, eine dieser Tätigkeiten ohne Hilfe auszuführen?

	Keine	Einige	Große Schwierigkeiten	Es ist mir nicht möglich.	Habe ich nie versucht bzw. getan.
Mahlzeiten zubereiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das Telefon benutzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einkäufe erledigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medikamenteneinnahme organisieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leichte Hausarbeit erledigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gelegentlich schwere Hausarbeit erledigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organisation finanzieller und alltäglicher Verwaltungsangelegenheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn Sie alle diese Tätigkeiten ohne Schwierigkeiten ausführen können, Bitte weiter mit Frage 27.

**26** Haben Sie normalerweise Hilfe bei diesen Tätigkeiten? Denken Sie nun an alle Tätigkeiten im Haushalt, bei denen Sie Schwierigkeiten haben, sie ohne Hilfe auszuführen.

- Ja, bei mindestens einer Tätigkeit  **Benötigen Sie mehr Hilfe?**  
 Ja, bei mindestens einer Tätigkeit  
 Nein
- Nein  **Benötigen Sie Hilfe?**  
 Ja, bei mindestens einer Tätigkeit  
 Nein

Die nächsten Fragen betreffen körperliche Schmerzen.

**27** Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen?

- Keine Schmerzen  Sehr leicht  Leicht  Mäßig  Stark  Sehr stark

**28** Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagsstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?

- Überhaupt nicht    Etwas    Mäßig    Ziemlich    Sehr

Die folgenden Fragen befassen sich mit Ihrem seelischen Befinden und Ihrer Stimmungslage in den letzten 2 Wochen.

**29** Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

In den nächsten Fragen geht es um Krankenhausaufenthalte. Bitte beziehen Sie alle Arten von Krankenhäusern ein. Nicht gemeint sind Krankenhausaufenthalte wegen einer Entbindung.

**30** Haben Sie in den letzten 12 Monaten als stationärer Patient, das heißt über Nacht oder länger, im Krankenhaus gelegen? Nicht gemeint sind Aufenthalte in Notfallstationen oder als ambulanter Patient ohne Übernachtung.

- Ja    Nein



Wie viele Nächte haben Sie insgesamt in den letzten 12 Monaten als stationärer Patient im Krankenhaus gelegen?

Anzahl der Nächte

**31** Wurden Sie in den letzten 12 Monaten als Tagespatient in ein Krankenhaus aufgenommen? Damit gemeint sind Aufnahmen in ein Krankenhaus für Untersuchungen, Behandlungen oder andere medizinische Maßnahmen ohne Übernachtung mit Entlassung am selben Tag.

- Ja    Nein



Wie oft wurden Sie in den letzten 12 Monaten als Tagespatient in ein Krankenhaus aufgenommen?

Anzahl der Aufnahmen in ein Krankenhaus

Nun folgen einige Fragen zu Vorsorge- und Gesundheitsverhalten.

**32** Wann waren Sie zuletzt bei einem Zahnarzt, Kieferorthopäden oder einem anderen zahnmedizinischen Spezialisten, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?

- Vor weniger als 6 Monaten  
 Vor 6 bis weniger als 12 Monaten  
 Vor 12 Monaten oder länger  
 Nie

**33** Wann haben Sie zuletzt einen Allgemeinmediziner oder Hausarzt konsultiert, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen? Bitte beziehen Sie Besuche in der Praxis, Hausbesuche und Beratungen am Telefon mit ein.

Vor weniger als 12 Monaten     Vor 12 Monaten oder länger     Nie



Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen einen Allgemeinmediziner oder Hausarzt konsultiert, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?

Anzahl der Konsultationen

**34** Wann waren Sie zuletzt bei einem Facharzt, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen? Nicht gemeint sind Besuche beim Zahnarzt oder beim Allgemeinmediziner/Hausarzt.

Vor weniger als 12 Monaten     Vor 12 Monaten oder länger     Nie



Wie oft waren Sie in den letzten 4 Wochen bei einem Facharzt, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?

Anzahl der Konsultationen

**35** Waren Sie in den letzten 12 Monaten bei einem Physiotherapeuten, Chiropraktiker oder Osteopathen um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?

Ja     Nein

**36** Waren Sie in den letzten 12 Monaten bei einem Psychologen, Psychotherapeuten oder Psychiater, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?

Ja     Nein

**37** Haben Sie in den letzten 12 Monaten aufgrund eines medizinischen Notfalls die Rettungsstelle/Notaufnahme eines Krankenhauses in Anspruch genommen? Nicht gemeint sind Notfälle anderer Personen, z.B. der eigenen Kinder.

Ja     Nein



Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten aufgrund eines medizinischen Notfalls die Rettungsstelle/Notaufnahme eines Krankenhauses in Anspruch genommen?

Anzahl

Wie oft wurden Sie daraufhin stationär aufgenommen?

Anzahl

In der nächsten Frage geht es um Inanspruchnahme von häuslichen Pflegediensten und sozialen Hilfsdiensten. Damit gemeint sind beispielsweise die häusliche Pflege durch Pflegekräfte oder Hebammen, Haushaltshilfen für die Hausarbeit oder für ältere Menschen, Essen auf Rädern oder Fahrdienste. Bitte beziehen Sie nur Leistungen von professionellen Pflegediensten und sozialen Hilfsdiensten ein.

**38** Haben Sie in den letzten 12 Monaten für sich selbst häusliche Pflegedienste oder soziale Hilfsdienste in Anspruch genommen?

Ja     Nein

**39** Haben Sie in den letzten 2 Wochen ... Nur für Frauen: Nicht gemeint sind die Pille oder andere Hormonpräparate zur Empfängnisverhütung.

	Ja	Nein
... Medikamente eingenommen, die Ihnen von einem Arzt verschrieben wurden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Medikamente, pflanzliche Heilmittel oder Vitamine eingenommen, die Ihnen <u>nicht</u> von einem Arzt verschrieben wurden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**40** Wann wurden Sie zuletzt gegen Grippe geimpft? Bitte geben Sie Monat und Jahr Ihrer letzten Grippeimpfung an, wenn diese im aktuellen oder vergangenen Kalenderjahr erfolgte.

Monat    Jahr

Es ist zu lange her, bzw. keine Impfung im vergangenen Jahr

Noch nie

41 Wann wurde zuletzt von medizinischem Fachpersonal...

	Innerhalb der letzten 12 Monate	Vor 1 bis weniger als 3 Jahren	Vor 3 bis weniger als 5 Jahren	Vor 5 Jahren oder mehr	Nie
... Ihr Blutdruck gemessen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Ihre Blutfettwerte bzw. Cholesterinwerte bestimmt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Ihr Blutzucker gemessen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

42 Wann wurde bei Ihnen zuletzt ein Test auf verstecktes Blut im Stuhl durchgeführt?

- Innerhalb der letzten 12 Monate
- Vor 1 bis weniger als 2 Jahren
- Vor 2 bis weniger als 3 Jahren
- Vor 3 Jahren oder mehr
- Nie

43 Wann wurde bei Ihnen zuletzt eine Darmspiegelung bzw. Koloskopie durchgeführt?

- Innerhalb der letzten 12 Monate
- Vor 1 bis weniger als 5 Jahren
- Vor 5 bis weniger als 10 Jahren
- Vor 10 Jahren oder mehr
- Nie

Frage nur für Frauen, Männer bitte weiter mit Frage 47.

44 Wann wurde bei Ihnen zuletzt eine Mammographie durchgeführt?

- Innerhalb der letzten 12 Monate
- Vor 1 bis weniger als 2 Jahren
- Vor 2 bis weniger als 3 Jahren
- Vor 3 Jahren oder mehr
- Nie
- Trifft nicht zu

} Bitte weiter mit Frage 46

45 Was war der Grund für die letzte Mammographie? Mehrfachnennungen möglich.

- Einladung im Rahmen des nationalen Screeningprogramms
- Andere Gründe, z.B. Überweisung durch den Frauenarzt

46 Wann wurde bei Ihnen zuletzt ein Gebärmutterhalsabstrich durchgeführt?

- Innerhalb der letzten 12 Monate
- Vor 1 bis weniger als 2 Jahren
- Vor 2 bis weniger als 3 Jahren
- Vor 3 Jahren oder mehr
- Nie

47 Es kann viele Gründe geben, weshalb Personen verzögert oder gar nicht medizinisch untersucht oder behandelt werden. Hat sich bei Ihnen in den letzten 12 Monaten eine Untersuchung oder Behandlung verzögert, weil Sie zu lange auf einen Termin warten mussten?

- Ja  Nein  Kein Bedarf an Untersuchung oder Behandlung

48 Hat sich bei Ihnen in den letzten 12 Monaten eine Untersuchung oder Behandlung verzögert, weil die Entfernung zu weit war oder es Probleme gab, dorthin zu kommen?

- Ja  Nein  Kein Bedarf an Untersuchung oder Behandlung

49 Kam es in den letzten 12 Monaten vor, dass Sie eine der folgenden Untersuchungen oder Behandlungen benötigt hätten, Sie sich diese aber nicht leisten konnten?

	Ja	Nein	Kein Bedarf
Ärztliche Untersuchung oder Behandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zahnärztliche oder kieferorthopädische Untersuchung oder Behandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verordnete Medikamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Untersuchung oder Behandlung psychischer Probleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 50 Welche Krankenversicherung bzw. -versorgung haben Sie?

- Gesetzliche Krankenversicherung - GKV
- Private Krankenversicherung, Beihilfe. Hier ist keine private Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversorgung gemeint.
- Anderer Anspruch auf Krankenversorgung, z.B. freie Heilfürsorge, ausländische Krankenkasse
- Keine Krankenversicherung, Selbstzahler

Nun folgen einige Fragen, die für die Einschätzung Ihres Gesundheitszustandes wichtig sind.

**51** Wie groß sind Sie, wenn Sie keine Schuhe tragen? Bitte geben Sie Ihre Körpergröße in cm an.

   cm

**52** Wie viel wiegen Sie, wenn Sie keine Kleidung und Schuhe tragen? Bitte geben Sie Ihr Körpergewicht in kg an. Schwangere Frauen geben bitte ihr Gewicht vor der Schwangerschaft an.

   kg

Jetzt geht es darum, wie viel Sie sich in einer typischen Woche in verschiedenen Bereichen körperlich betätigen. Denken Sie zuerst an die Zeit, in der Sie arbeiten. Denken Sie bei "arbeiten" an Dinge, die Sie tun müssen, wie beispielsweise bezahlte und unbezahlte Arbeit, Arbeiten rund um Ihr Zuhause, Kinderbetreuung, Pflege von Angehörigen, Schule oder Studium. Beziehen Sie Ihre Angaben auf die Haupttätigkeit. Wenn Sie mehrere Tätigkeiten ausüben, schließen Sie alle mit ein.

**53** Wenn Sie arbeiten, welche der folgenden Antwortmöglichkeiten beschreibt am besten, was Sie tun? Würden Sie sagen...

- Vorwiegend sitzen oder stehen, z.B. leichte Büroarbeit, Lernen, Unterrichten oder Autofahren

**Tätigkeiten von leichter körperlicher Anstrengung**

Zum Beispiel leichte Büroarbeit, Lesen, Schreiben, Zeichnen, am Computer arbeiten, Sprechen oder Telefonieren, Lernen oder Studieren, Auto- oder Lastwagenfahren, Unterrichten, Nähen, Haare schneiden oder frisieren, Backwaren verkaufen, Verkehr regeln

- Vorwiegend gehen oder mäßig anstrengende körperliche Tätigkeiten, z.B. Post austragen, Klempnerarbeiten, Putzen oder mit Kindern spielen

**Tätigkeiten von mäßiger körperlicher Anstrengung**

Zum Beispiel Post austragen, Tragen von leichten Gegenständen, Rasen und Garten bewässern, Elektriker- oder Klempnerarbeiten, Auto-Reparaturarbeiten, Arbeiten an Werkzeugmaschinen, Bohren, Malerarbeiten, Krankenpflege, Hausarbeiten von mäßiger körperlicher Anstrengung, Putzen, Staubsaugen, Einkaufen, mit Kindern spielen

- Vorwiegend schwere körperliche Arbeit oder körperlich beanspruchende Tätigkeiten, z.B. Bauarbeiten, Bergbau oder Gartenbau

**Tätigkeiten von schwerer körperlicher Anstrengung**

Zum Beispiel Bedienen von schweren angetriebenen Werkzeugen, Bauarbeiten, Bergbau, Tragen von schweren Lasten, Be- und Entladearbeiten, Holzhacken und -stapeln, Land freilegen, Gartenbau, Schaufeln oder Graben

- Ich führe keine arbeitsbezogenen Tätigkeiten aus.

Schließen Sie bei der Beantwortung der nächsten Fragen die arbeitsbezogenen körperlichen Aktivitäten aus, die Sie bereits genannt haben. Denken Sie nun daran, wie Sie sich üblicherweise von Ort zu Ort fortbewegen. Zum Beispiel zur Arbeit, zur Uni, zur Schule oder zum Einkaufen.

**54** An wie vielen Tagen in einer typischen Woche gehen Sie mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung zu Fuß, um von Ort zu Ort zu gelangen?

 Tage pro Woche

- Nie oder seltener als 1 Tag pro Woche  Bitte weiter mit Frage 56

**55** Wie lange gehen Sie an einem typischen Tag zu Fuß, um von Ort zu Ort zu gelangen?

- 10 - 29 Minuten pro Tag  
 30 - 59 Minuten pro Tag  
 1 Stunde bis unter 2 Stunden pro Tag  
 2 Stunden bis unter 3 Stunden pro Tag  
 3 Stunden pro Tag und mehr

**56** An wie vielen Tagen in einer typischen Woche fahren Sie mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung mit dem Fahrrad, um von Ort zu Ort zu gelangen?

 Tage pro Woche

- Nie oder seltener als 1 Tag pro Woche  Bitte weiter mit Frage 58

**57** Wie lange fahren Sie an einem typischen Tag mit dem Fahrrad, um von Ort zu Ort zu gelangen?

- 10 - 29 Minuten pro Tag  
 30 - 59 Minuten pro Tag  
 1 Stunde bis unter 2 Stunden pro Tag  
 2 Stunden bis unter 3 Stunden pro Tag  
 3 Stunden pro Tag und mehr

Schließen Sie bei der Beantwortung der nächsten Frage die körperliche Aktivität bei der Arbeit und um von Ort zu Ort zu gelangen aus, die Sie bereits genannt haben. Denken Sie bei den folgenden Fragen an Sport, Fitness und körperliche Aktivität in der Freizeit, welche mindestens zu einem leichten Anstieg der Atem- oder Herzfrequenz führen. Zum Beispiel: Nordic-Walking, Ballsport, Joggen, Fahrradfahren, Schwimmen, Aerobic, Rudern oder Badminton.

**58** An wie vielen Tagen in einer typischen Woche üben Sie mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung Sport, Fitness oder körperliche Aktivität in der Freizeit aus?

Tage pro Woche

Nie oder seltener als 1 Tag pro Woche  Bitte weiter mit Frage 60

**59** Wie viel Zeit verbringen Sie insgesamt in einer typischen Woche mit Sport, Fitness oder körperlicher Aktivität in der Freizeit?

:  pro Woche  
Stunden Minuten

**60** An wie vielen Tagen in einer typischen Woche üben Sie körperliche Aktivitäten aus, die speziell für den Aufbau oder die Kräftigung der Muskulatur gedacht sind?

Zum Beispiel: Krafttraining oder Kräftigungsübungen mit Gewichten, Thera-Band, eigenem Körpergewicht, Kniebeugen, Liegestützen oder Sit-ups. Geben Sie hier alle Aktivitäten dieser Art an, selbst wenn Sie sie vorher bereits mit einbezogen haben.

Tage pro Woche

Nie oder seltener als 1 Tag pro Woche

Bei der nächsten Frage geht es um die Zeit, die Sie gewöhnlicherweise mit Sitzen oder Ruhen verbringen, bei der Arbeit, zu Hause, zur Fortbewegung oder mit Freunden. Zum Beispiel: am Schreibtisch sitzen, mit Freunden zusammensitzen, Auto, Bus, Zug fahren, lesen oder fernsehen. Die Zeit, die Sie mit schlafen verbringen, sollte ausgeschlossen werden.

**61** Wie viel Zeit verbringen Sie an einem gewöhnlichen Tag mit Sitzen oder Ruhen?

- Weniger als 4 Stunden pro Tag
- 4 Stunden bis unter 6 Stunden pro Tag
- 6 Stunden bis unter 8 Stunden pro Tag
- 8 Stunden bis unter 10 Stunden pro Tag
- 10 Stunden bis unter 12 Stunden pro Tag
- 12 Stunden pro Tag und mehr

Die nächsten Fragen beziehen sich auf den Verzehr von Obst und Gemüse.

**62** Wie oft essen Sie Obst? Mit einzubeziehen ist ebenfalls getrocknetes, Tiefkühl- und Dosenobst. Nicht gemeint sind hier Obstsaft.

- Täglich oder mehrmals täglich
- 4 bis 6 Mal pro Woche
- 1 bis 3 Mal pro Woche
- Weniger als einmal pro Woche
- Nie
- } Bitte weiter mit Frage 64

**63** Wie viele Portionen Obst nehmen Sie pro Tag zu sich? Eine Portion entspricht einer Handvoll Obst, z.B. 1 Banane, 1 Apfel oder 1 Birne.

Portionen pro Tag

**64** Wie oft essen Sie Gemüse oder Salat? Mit einzubeziehen ist getrocknetes, Tiefkühl- und Dosengemüse. Zählen Sie Kartoffeln und Gemüsesäfte bitte nicht mit.

- Täglich oder mehrmals täglich
- 4 bis 6 Mal pro Woche
- 1 bis 3 Mal pro Woche
- Weniger als einmal pro Woche
- Nie
- } Bitte weiter mit Frage 66

**65** Wie viele Portionen Gemüse oder Salat nehmen Sie pro Tag zu sich? Eine Portion entspricht einer Handvoll Gemüse, z.B. 8 Blumenkohlröschen, 4 gehäufte Esslöffel Kohl oder Spinat, eine mittelgroße Tomate.

Portionen pro Tag

**66** Wie oft trinken Sie Obst- oder Gemüsesaft mit 100% Fruchtgehalt? Bitte zählen Sie Getränke aus Sirup oder gesüßte Fruchtsaftgetränke nicht mit. Obst- und Gemüsesaft mit 100% Fruchtgehalt kann frisch gepresst sein, aus Direktsaft stammen oder aus Konzentrat hergestellt sein. Fruchtnektar oder Fruchtsaftschorlen dürfen nicht mitgezählt werden.

- Täglich oder mehrmals täglich
- 4 bis 6 Mal pro Woche
- 1 bis 3 Mal pro Woche
- Weniger als einmal pro Woche
- Nie

**67** Wie oft trinken Sie zuckerhaltige Getränke wie gesüßte Fruchtsaftgetränke, Limonade, Cola oder andere zuckerhaltige Erfrischungsgetränke? Bitte zählen Sie Light- und Diätgetränke oder Getränke mit Süßstoff nicht mit.

- Täglich oder mehrmals täglich
- 4 bis 6 Mal pro Woche
- 1 bis 3 Mal pro Woche
- Weniger als einmal pro Woche
- Nie

In den nächsten Fragen geht es um Ihre Rauchgewohnheiten und ob Sie Tabakrauch ausgesetzt sind.

**68** Rauchen Sie Tabakprodukte, einschließlich Tabakerhitzer? Bitte schließen Sie elektronische Zigaretten oder ähnliche Produkte aus. Mit Tabakerhitzern sind z.B. IQOS oder HEETS Tabaksticks gemeint.

- Ja, täglich
- Ja, gelegentlich
- Nein, nicht mehr  Bitte weiter mit Frage 71
- Ich habe noch nie geraucht  Bitte weiter mit Frage 72

**69** Welche Tabakprodukte rauchen Sie - elektronische Zigaretten oder ähnliche Produkte ausgeschlossen? Mehrfachangaben sind möglich.

- Fabrikfertige Zigaretten
- Selbstgedrehte oder selbstgestopfte Zigaretten
- Zigarren, Zigarillos
- Pfeifentabak
- Wasserpfeife, Shisha
- Sonstiges

**70** Rauchen Sie täglich fabrikfertige oder selbstgedrehte Zigaretten?

- Ja  Nein



Wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich am Tag?

Zigaretten pro Tag

**71** Haben Sie jemals täglich, oder beinahe täglich für mindestens 1 Jahr Tabakprodukte, z.B. Zigaretten, Zigarren oder Pfeifen geraucht?

- Ja  Nein



Wie viele Jahre haben Sie täglich geraucht? Zählen Sie alle Zeitabschnitte, in denen Sie täglich geraucht haben, zusammen. Wenn Sie sich nicht an die genaue Zahl der Jahre erinnern, geben Sie bitte eine Schätzung ab.

Jahre

**72** Wie oft sind Sie in geschlossenen Räumen Tabakrauch ausgesetzt? Mit geschlossenen Räumen meinen wir z.B.: zu Hause, auf der Arbeit, in öffentlichen Gebäuden oder im Restaurant.

- Täglich, 1 Stunde oder mehr
- Täglich, weniger als 1 Stunde
- Mindestens 1 Mal pro Woche (aber nicht täglich)
- Weniger als 1 Mal pro Woche
- Nie oder fast nie

**73** Nutzen Sie aktuell elektronische Zigaretten oder ähnliche elektronische Produkte, z.B. E-Shisha, E-Pfeife? *Nicht gemeint sind Tabakerhitzer.*

- Ja, täglich
- Ja, gelegentlich
- Nein, nicht mehr
- Habe ich noch nie genutzt.

*Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihren Alkoholkonsum.*

**74** Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Alkohol getrunken, wie Bier, Wein, Sekt, Spirituosen, Schnaps, Cocktails, alkoholische Mischgetränke, Liköre, hausgemachten oder selbstgebrannten Alkohol?

- Täglich oder fast täglich
- An 5 - 6 Tagen pro Woche
- An 3 - 4 Tagen pro Woche
- An 1 - 2 Tagen pro Woche
- An 2 - 3 Tagen pro Monat
- Einmal pro Monat
- Weniger als einmal pro Monat
- Nicht in den letzten 12 Monaten, da ich keinen Alkohol mehr trinke.
- Nie, oder lediglich einige wenige Schlucke in meinem Leben.
- } Bitte weiter mit Frage 79
- } Bitte weiter mit Frage 80

**75** Denken Sie nun an Montag bis Donnerstag, an wie vielen dieser 4 Tage trinken Sie üblicherweise Alkohol?

- An allen 4 Tagen
- An 3 der 4 Tage
- An 2 der 4 Tage
- An 1 der 4 Tage
- An keinem der 4 Tage → Bitte weiter mit Frage 77

**76** Wenn Sie an den Tagen von Montag bis Donnerstag Alkohol trinken, wie viele alkoholische Getränke trinken Sie im Durchschnitt an einem dieser Tage? *Mit einem alkoholischen Getränk meinen wir eine kleine Flasche Bier mit 0,33 l, ein kleines Glas Wein oder Sekt mit 0,125 l oder einen doppelten Schnaps mit 4 cl. 0,5 Liter Bier entsprechen 1,5 Getränken. Longdrinks enthalten in der Regel 4 cl Spirituosen (= 1 Getränk).*

- 16 oder mehr Getränke pro Tag
- 10 - 15 Getränke pro Tag
- 6 - 9 Getränke pro Tag
- 4 - 5 Getränke pro Tag
- 3 Getränke pro Tag
- 2 Getränke pro Tag
- 1 Getränk pro Tag
- Kein Getränk pro Tag

**77** Denken Sie nun an Freitag bis Sonntag, an wie vielen dieser 3 Tage trinken Sie üblicherweise Alkohol?

- An allen 3 Tagen
- An 2 der 3 Tage
- An 1 der 3 Tage
- An keinem der 3 Tage → Bitte weiter mit Frage 79

**78** Wenn Sie an den Tagen von Freitag bis Sonntag Alkohol trinken, wie viele alkoholische Getränke trinken Sie im Durchschnitt an einem dieser Tage? *Mit einem alkoholischen Getränk meinen wir eine kleine Flasche Bier mit 0,33 l, ein kleines Glas Wein oder Sekt mit 0,125 l oder einen doppelten Schnaps mit 4 cl. 0,5 Liter Bier entsprechen 1,5 Getränken. Longdrinks enthalten in der Regel 4 cl Spirituosen (= 1 Getränk).*

- 16 oder mehr Getränke pro Tag
- 10 - 15 Getränke pro Tag
- 6 - 9 Getränke pro Tag
- 4 - 5 Getränke pro Tag
- 3 Getränke pro Tag
- 2 Getränke pro Tag
- 1 Getränk pro Tag
- Kein Getränk pro Tag

**79** Wie oft haben Sie **in den letzten 12 Monaten 6 oder mehr alkoholische Getränke bei einem Anlass getrunken?** Zum Beispiel während einer Party, eines Essens, beim Ausgehen mit Freunden oder alleine zu Hause. Mit einem alkoholischen Getränk meinen wir eine kleine Flasche Bier mit 0,33 l, ein kleines Glas Wein oder Sekt mit 0,125 l oder einen doppelten Schnaps mit 4 cl. 0,5 Liter Bier entsprechen 1,5 Getränken. Longdrinks enthalten in der Regel 4 cl Spirituosen (= 1 Getränk).

- Täglich oder fast täglich
- An 5 - 6 Tagen pro Woche
- An 3 - 4 Tagen pro Woche
- An 1 - 2 Tagen pro Woche
- An 2 - 3 Tagen im Monat
- Einmal im Monat
- Weniger als einmal im Monat
- Nicht in den letzten 12 Monaten
- Nie in meinem Leben

*Im Folgenden geht es um den Bereich der sozialen Beziehungen und Kontakte.*

**80** Wie viele Menschen stehen Ihnen so nahe, dass Sie sich auf sie verlassen können, wenn Sie **ernste persönliche Probleme haben?**

- Keine       1 bis 2       3 bis 5       6 oder mehr

**81** Wie viel **Anteilnahme und Interesse** zeigen andere Menschen an dem, was Sie tun?

- Sehr viel Anteilnahme und Interesse
- Viel Anteilnahme und Interesse
- Weder viel noch wenig
- Wenig Anteilnahme und Interesse
- Keine Anteilnahme und Interesse

**82** Wie einfach ist es für Sie, **praktische Hilfe von Nachbarn zu erhalten, wenn Sie diese benötigen?**

- Sehr einfach     Einfach     Möglich     Schwierig     Sehr schwierig

*In den nächsten Fragen geht es um Pflege oder Unterstützung anderer Personen mit gesundheitlichen Problemen.*

**83** Pflegen oder unterstützen Sie **mindestens einmal pro Woche** eine oder mehrere Personen, die an **altersbedingten Beschwerden, chronischen Erkrankungen oder Gebrechlichkeit** leiden? Nicht gemeint sind Pflegeleistungen oder Unterstützung, die Sie im Zusammenhang mit Ihrer beruflichen Tätigkeit erbringen.

- Ja       Nein



Falls Sie mehrere Personen pflegen oder unterstützen, wählen Sie die Person aus, für die Sie die **größte Pflegeleistung** erbringen. Ist diese Person ...

- Mitglied der Familie     kein Mitglied der Familie

Wie viele **Stunden pro Woche pflegen oder unterstützen Sie insgesamt?**

- Weniger als 10 Stunden pro Woche
- Mindestens 10, aber weniger als 20 Stunden pro Woche
- 20 Stunden pro Woche und mehr

*Zum Schluss folgen nun noch einige Fragen zu Ihrer Lebenssituation.*

**84** Welchen **Familienstand** haben Sie? Bei einer eingetragenen Lebenspartnerschaft handelt es sich um eine gleichgeschlechtliche Partnerschaft.

- Ledig
- Verheiratet oder eingetragene Lebenspartnerschaft, zusammenlebend
- Verheiratet oder eingetragene Lebenspartnerschaft, getrennt lebend
- Verwitwet oder eingetragene/r Lebenspartner/in gestorben
- Geschieden oder eingetragene Lebenspartnerschaft aufgehoben

} Bitte weiter mit Frage 86

**85** Haben Sie einen **festen Partner/eine feste Partnerin?**

- Ja       Nein



Leben Sie mit Ihrem Partner bzw. Ihrer Partnerin zusammen in einem Haushalt?

- Ja       Nein

**86** Wie viele Personen gehören derzeit insgesamt zum Haushalt? Zählen Sie dabei bitte auch sich selbst und alle im Haushalt lebenden Kinder mit. Als Haushalt gilt eine Gemeinschaft von Personen, die zusammen wohnen und gemeinsam wirtschaften, d.h. die in der Regel ihren Lebensunterhalt gemeinsam finanzieren und Ausgaben für den Haushalt teilen. Zum Haushalt gehören auch Personen, die aus beruflichen Gründen vorübergehend abwesend sind.

Anzahl der Personen    Allein lebend  Bitte weiter mit Frage 88

**87** Würden Sie uns bitte noch das Alter der in Ihrem Haushalt lebenden Personen nennen, sowie die jeweilige Beziehung, in der sie zu Ihnen stehen. z.B. Ihr Ehemann/Ihre Ehefrau oder Ihr Sohn/Ihre Tochter?

Ja  Nein  Bitte weiter mit Frage 88

	2.Person	3.Person	4.Person	5.Person
Alter	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
In welcher verwandtschaftlichen Beziehung steht die Person zu Ihnen?				
Ehe-, Lebenspartner/in	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tochter/Sohn, auch Adoptiv- oder Stiefkind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mutter/Vater	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn mehr als 5 Personen in Ihrem Haushalt leben, bitte hier weiter ausfüllen.

	6.Person	7.Person	8.Person	9.Person	10.Person
Alter	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
In welcher verwandtschaftlichen Beziehung steht die Person zu Ihnen?					
Ehe-, Lebenspartner/in	<input type="radio"/>				
Tochter/Sohn, auch Adoptiv- oder Stiefkind	<input type="radio"/>				
Mutter/Vater	<input type="radio"/>				
Sonstige Person	<input type="radio"/>				

**88** Würden Sie uns dennoch bitte sagen, wie viele Personen in Ihrem Haushalt 18 Jahre und älter sind, Sie selbst mit eingerechnet? Das ist für uns sehr wichtig. Das ist zur Einschätzung der Repräsentativität unserer Ergebnisse wichtig.

Anzahl der Personen über 18 Jahre

**89** Welchen höchsten allgemein bildenden Schulabschluss haben Sie? Ordnen Sie bitte im Ausland erworbene Abschlüsse einem gleichwertigen deutschen Abschluss zu.

- Abitur, fachgebundene Hochschulreife oder Fachhochschulreife
- Realschulabschluss, Mittlere Reife, Polytechnische Oberschule mit Abschluss der 10. Klasse
- Haupt-/Volksschulabschluss, Polytechnische Oberschule mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse
- Abschluss nach höchstens 7 Jahren Schulbesuch
- Keinen allgemein bildenden Schulabschluss
- Keinen, ich bin noch Schüler   Bitte weiter mit Frage 91

**90** Welchen höchsten beruflichen Ausbildungs- oder Hochschul-/Fachhochschulabschluss haben Sie? Ordnen Sie bitte im Ausland erworbene Abschlüsse einem gleichwertigen deutschen Abschluss zu.

- Keinen Berufsabschluss
- Hochschul- oder Fachhochschulabschluss

**War es an einer...**

- Berufsakademie oder Verwaltungsfachhochschule?
- Fachhochschule oder Ingenieurschule oder einer anderen nicht universitären Hochschule, auch Hochschule bzw. FH für angewandte Wissenschaften, Duale Hochschule Baden-Württemberg, University of Applied Sciences?
- Universität, auch Kunsthochschule, Pädagogische Hochschule, Theologische Hochschule?

**Wie ist die Bezeichnung Ihres höchsten Abschlusses?**

- Bachelor
- Master
- Diplom, Magister, Staatsprüfung oder Lehramtsprüfung
- Promotion
- Meister, Techniker oder gleichwertiger Fachschulabschluss
- Abschluss an einer Schule für Erzieher
- Fachakademie (nur in Bayern)
- Fachschule der DDR
- Ausbildung an einer Schule für Gesundheits- und Sozialberufe
- Welchen Abschluss haben Sie hier gemacht?**
- Einjährige Ausbildung, z.B. Altenpflegehelfer, Rettungsassistent
- Zwei- bis dreijährige Ausbildung, z.B. Krankenpfleger, Physiotherapeut, pharmazeutisch-technischer Assistent (PTA)
- Vorbereitungsdienst für den mittleren Dienst in der öffentlichen Verwaltung
- Lehre oder Berufsausbildung im dualen System oder einen Abschluss
- Anlernausbildung/berufliches Praktikum, Berufsvorbereitungsjahr

**91** Welche Lebenssituation trifft derzeit überwiegend auf Sie zu?

- Ich bin erwerbstätig in Vollzeit, gemeint ist auch Berufsausbildung oder Selbständigkeit.
- Ich bin erwerbstätig in Teilzeit, gemeint ist auch Berufsausbildung oder Selbständigkeit.
- Ich bin geringfügig erwerbstätig, z.B. 450-Euro-Job, Minijob.
- Ich bin arbeitslos oder arbeitssuchend bei der Agentur für Arbeit gemeldet, gemeint ist auch „Ein-Euro-Job“.
- Ich bin im Ruhestand oder Vorruhestand.
- Ich bin dauerhaft oder zeitlich befristet erwerbsunfähig.
- Ich bin Schüler, Student, Praktikant, Teilnehmer an Fortbildungsmaßnahmen.
- Ich leiste ein freiwilliges soziales Jahr, Bundesfreiwilligendienst oder freiwilligen Wehrdienst.
- Ich bin als Hausfrau/Hausmann tätig, betreue Kinder oder hilfsbedürftige Personen.
- Ich bin aus anderen Gründen nicht erwerbstätig.

Bitte weiter mit Frage 94

92 Welche berufliche Stellung hatten Sie in Ihrer letzten Haupterwerbstätigkeit? Waren Sie...

- |  |                       |                              |
|--|-----------------------|------------------------------|
| Angestellte/r  | <input type="radio"/> |                              |
| Arbeiter/in  | <input type="radio"/> |                              |
| Beamtin/Beamter, auch Anwärter/in  | <input type="radio"/> |                              |
| Landwirt/in im Haupterwerb   | <input type="radio"/> | } Bitte weiter mit Frage 101 |
| selbstständig erwerbstätig und hatten Mitarbeiter  | <input type="radio"/> |                              |
| selbstständig erwerbstätig ohne Mitarbeiter oder beschäftigten ausschließlich mithelfende Familienangehörige | <input type="radio"/> |                              |
| mithelfende/r Familienangehörige/r, unbezahlt  | <input type="radio"/> |                              |
| Auszubildende/r, auch Praktikant/in, Volontär/in   | <input type="radio"/> |                              |
| oder leisteten ein freiwilliges soziales Jahr, Bundesfreiwilligendienst oder freiwilligen Wehrdienst         | <input type="radio"/> |                              |
| oder waren Sie noch nie erwerbstätig.  | <input type="radio"/> |                              |

93 Waren Sie in dieser Tätigkeit überwiegend als Führungs- oder Aufsichtskraft tätig?

- Ja, als Führungskraft mit Entscheidungsbefugnis über Personal, Budget und Strategie
- Ja, als Aufsichtskraft mit Anleitung und Beaufsichtigung von Personal, oder dem Verteilen und Kontrollieren der Arbeit
- Nein

Bitte weiter mit Frage 101, wenn Sie derzeit nicht erwerbstätig sind.

94 Welchen Beruf üben Sie derzeit hauptsächlich aus?

Geben Sie bitte die genaue Berufsbezeichnung an, nicht den Ausbildungsabschluss oder Rang.

Zum Beispiel:

- Blumenverkäuferin (nicht Verkäuferin)
  - Maurer (nicht Bauarbeiter)
  - Grundschullehrer (nicht Lehrer oder Beamte)
  - Unternehmensberaterin (nicht Betriebswirtin)
- 

95 Um die Einordnung Ihres Berufes zu erleichtern, geben Sie bitte zusätzliche Erläuterungen in Stichworten an.

Zum Beispiel:

- als Blumenverkäuferin: Kundenberatung, Verkauf, Verpacken von Pflanzen
  - als Zollbeamter: Zollfahndung, Einsatzplanung, Pressearbeit
- Falls Sie Führungsaufgaben wahrnehmen, vermerken Sie dies auch.
- als KFZ-Mechaniker: Wartung, Instandsetzung, Ausrüstung von Kraftfahrzeugen, Leitung der Werkstatt
- 

96 Arbeiten Sie in Ihrer Haupterwerbstätigkeit im öffentlichen Dienst?

- Ja  Nein

97 Welche berufliche Stellung haben Sie in Ihrer Haupterwerbstätigkeit? Sind Sie...

- |   |                       |                             |
|---|-----------------------|-----------------------------|
| Angestellte/r   | <input type="radio"/> |                             |
| Arbeiter/in   | <input type="radio"/> |                             |
| Beamtin/Beamter, auch Anwärter/in   | <input type="radio"/> |                             |
| Landwirt/in im Haupterwerb  | <input type="radio"/> | } Bitte weiter mit Frage 99 |
| selbstständig erwerbstätig und haben Mitarbeiter  | <input type="radio"/> |                             |
| selbstständig ohne Mitarbeiter oder beschäftigten ausschließlich mithelfende Familienangehörige.    | <input type="radio"/> |                             |
| mithelfende/r Familienangehörige/r (unbezahlt)  | <input type="radio"/> |                             |
| Auszubildende/r, auch Praktikant/in, Volontär/in  | <input type="radio"/> |                             |
| oder leisten ein freiwilliges soziales Jahr, Bundesfreiwilligendienst oder freiwilligen Wehrdienst. | <input type="radio"/> |                             |

98 Sind Sie in dieser Tätigkeit überwiegend als Führungs- oder Aufsichtskraft tätig?

- Ja, als Führungskraft, mit Entscheidungsbefugnis über Personal, Budget und Strategie
- Ja, als Aufsichtskraft mit Anleitung und Beaufsichtigung von Personal, oder dem Verteilen und Kontrollieren der Arbeit
- Nein

**99 Welcher Branche oder Wirtschaftszweig gehört der Betrieb oder das eigene Unternehmen an, in dem Sie arbeiten? Sollte der Betrieb mehrere Niederlassungen haben, so nennen Sie die Branche der örtlichen Einheit, in der Sie arbeiten. Falls Sie selbstständig sind, geben Sie die Branche an, in der Sie tätig sind.**

- Erziehung und Unterricht
- Gesundheits- und Sozialwesen
- Öffentliche Verwaltung, Gerichte, Sozialversicherung, Öffentliche Sicherheit und Ordnung, Verteidigung
- Information und Kommunikation
- Banken oder Finanz- und Versicherungsdienstleister
- Baugewerbe, Hoch- oder Tiefbau
- Land- und Forstwirtschaft, Fischerei
- Grundstücks- und Wohnungswesen
- Verarbeitendes Gewerbe/Herstellung von Waren, Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden, sonstige Industrie
- Verarbeitendes Gewerbe/Herstellung von Waren
- Energieversorgung
- Wasserversorgung; Abwasser- und Abfallentsorgung und Beseitigung von Umweltverschmutzung
- Bergbau und Gewinnung von Erdöl, Erdgas, Steinen und Erden
- Handel, Verkehr und Lagerei, Gastgewerbe
- Groß- und Einzelhandel, Reparatur von Kraftfahrzeugen
- Personen- und Güterverkehr; Lagerei, auch Post-, Kurierdienst
- Gastgewerbe/Beherbergung und Gastronomie
- Dienstleistungen, Interessenvertretungen
- Freiberufliche, wissenschaftliche und technische Dienstleistungen, wie Steuerberatung, Ingenieurbüro
- Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen für Unternehmen und Privatpersonen, wie Vermietung, Gebäudereinigung
- Überwiegend personenbezogene Dienstleistungen, allgemeine Reparaturen von Waren und Geräten, wie Friseursalon, Wäscherei
- Gewerkschaft, Verband, Partei und sonstige Interessenvertretung, kirchliche und religiöse Vereinigung

 Fortsetzung auf der nächsten Seite

Dienstleistungen, Interessenvertretungen

- Kunst, Unterhaltung, Sport und Erholung, z.B. Theater oder Fitnesszentrum
- Konsulat, Botschaft, internationale und supranationale Organisation
- Privater Haushalt mit Beschäftigten

**100 Wie viele Personen arbeiten in dem Betrieb, in dem Sie tätig sind? Zählen Sie bei Unternehmen mit mehreren Betrieben, Filialen bzw. Niederlassungen nur die Personen, die in Ihrem Betrieb, bzw. Ihrer örtlichen Einheit arbeiten. Zählen Sie auch sich selbst, alle Teilzeitkräfte sowie Auszubildende und tätige Firmeninhaber dazu.**

- 1 bis einschließlich 10 Personen   und zwar:   Personen  
(Genauere Anzahl)
- 11 bis einschließlich 19 Personen
- 20 bis einschließlich 49 Personen
- 50 Personen und mehr

**101 Wer ist der Hauptverdiener in Ihrem Haushalt, d.h. wer trägt mit seinem Einkommen den Hauptteil zum Haushaltseinkommen bei?**

- Ich selbst
- Es gibt keinen Hauptverdiener } Bitte weiter mit Frage 104
- Meine Partnerin/Mein Partner
- Meine Mutter/Mein Vater Eine
- andere Person

**102 Welche berufliche Stellung hat der Hauptverdiener des Haushaltes in seiner Haupterwerbstätigkeit?** *Selbstständige, die nur mithelfende Familienangehörige beschäftigen, geben "selbstständig erwerbstätig ohne Mitarbeiter" an. Ist er oder sie...*

- Angestellte/r
- Arbeiter/in
- Beamtin/Beamter, auch Anwärter/in
- Landwirt/in im Haupterwerb
- Selbstständig erwerbstätig und hat Mitarbeiter
- Selbstständig erwerbstätig ohne Mitarbeiter
- Mithelfende/r Familienangehörige/r, unbezahlt
- Auszubildende/r, auch Praktikant/in, Volontär/in
- Zivildienst-/Grundwehrdienstleistender
- Freiwillig Wehrdienst- oder Bundesfreiwilligen-dienstleistende/r
- Freiwilliges soziales/ökologisches Jahr
- Rentner/in

Bitte weiter mit Frage 104

**103 Ist der Hauptverdiener in dieser Tätigkeit überwiegend als Führungs- oder Aufsichtskraft tätig?**

- Ja, als Führungskraft mit Entscheidungsbefugnis über Personal, Budget und Strategie
- Ja, als Aufsichtskraft mit Anleitung und Beaufsichtigung von Personal, oder dem Verteilen und Kontrollieren der Arbeit
- Nein

**104 Wie hoch ist das monatliche Netto-Einkommen Ihres Haushalts insgesamt?** *Gemeint ist dabei die Summe, die sich aus Lohn, Gehalt, Einkommen aus selbständiger Tätigkeit, Rente oder Pension ergibt. Rechnen Sie bitte auch die Einkünfte aus öffentlichen Beihilfen, Einkommen aus Vermietung, Verpachtung, Wohngeld, Kindergeld und sonstige Einkünfte hinzu. Ziehen Sie dann Steuern, Betriebsausgaben und Sozialversicherungsbeiträge ab.*

**Monatliches Haushalts-Netto-Einkommen:**      EURO  
 Bitte geben Sie nur volle Euro-Beträge an.

- unter 2.600 EURO
- über 2.600 EURO

Falls Sie den Betrag nicht genau angeben können, ordnen Sie sich bitte in eine der folgenden Kategorien ein:

- 2.300 bis unter 2.600 EURO
- 2.600 bis unter 2.900 EURO
- 2.000 bis unter 2.300 EURO
- 2.900 bis unter 3.200 EURO
- 1.700 bis unter 2.000 EURO
- 3.200 bis unter 3.600 EURO
- 1.500 bis unter 1.700 EURO
- 3.600 bis unter 4.000 EURO
- 1.300 bis unter 1.500 EURO
- 4.000 bis unter 4.500 EURO
- 1.100 bis unter 1.300 EURO
- 4.500 bis unter 5.000 EURO
- 900 bis unter 1.100 EURO
- 5.000 bis unter 5.500 EURO
- 700 bis unter 900 EURO
- 5.500 bis unter 6.000 EURO
- 500 bis unter 700 EURO
- 6.000 bis unter 7.500 EURO
- 300 bis unter 500 EURO
- 7.500 bis unter 10.000 EURO
- 150 bis unter 300 EURO
- 10.000 bis unter 18.000 EURO
- 1 bis unter 150 EURO
- 18.000 EURO und mehr

**105 In welchem Land sind Sie geboren?** *Bitte verwenden Sie die heutige Staatsbezeichnung, auch wenn das Gebiet früher einem anderen Staat zugeordnet war. Zum Beispiel: "Tschechische Republik" statt "Tschechoslowakei".*

- In Deutschland Bitte weiter mit Frage 108
- In einem anderen Land, und zwar: \_\_\_\_\_

**106 Wann sind Sie erstmals nach Deutschland gezogen?**

Im Jahr

**107** Gehören Sie zur Gruppe der Vertriebenen? Gemeint sind hier nur vor 1950 vertriebene deutsche Kriegsflüchtlinge.

- Ja  Nein

**108** In welchem Land ist Ihre Mutter geboren? Bitte verwenden Sie die heutige Staatsbezeichnung, auch wenn das Gebiet früher einem anderen Staat zugeordnet war. Zum Beispiel: "Tschechische Republik" statt "Tschechoslowakei".

- In Deutschland  Bitte weiter mit Frage 110

- In einem anderen Land, und zwar: \_\_\_\_\_

**109** Gehört Ihre Mutter zur Gruppe der Vertriebenen? Gemeint sind hier nur vor 1950 vertriebene deutsche Kriegsflüchtlinge.

- Ja  Nein

**110** In welchem Land ist Ihr Vater geboren? Bitte verwenden Sie die heutige Staatsbezeichnung, auch wenn das Gebiet früher einem anderen Staat zugeordnet war. Zum Beispiel: "Tschechische Republik" statt "Tschechoslowakei".

- In Deutschland  Bitte weiter mit Frage 112

- In einem anderen Land, und zwar: \_\_\_\_\_

**111** Gehört Ihr Vater zur Gruppe der Vertriebenen? Gemeint sind hier nur vor 1950 vertriebene deutsche Kriegsflüchtlinge.

- Ja  Nein

**112** Besitzen Sie die deutsche Staatsangehörigkeit?

- Ja  Bitte weiter mit Frage 114

- Nein

**113** Welche Staatsangehörigkeit besitzen Sie?

\_\_\_\_\_

**114** Besitzen Sie noch eine weitere Staatsangehörigkeit?

- Ja, und zwar: \_\_\_\_\_

- Nein

Nun folgen nur noch fünf abschließende Fragen, die wir benötigen, um die Befragungsergebnisse besser einschätzen zu können. Es geht dabei um die Repräsentativität unserer Ergebnisse.

**115** In welchem Bundesland wohnen Sie?

- Berlin } Bitte weiter mit Frage 117
- Hamburg }
- Baden-Württemberg
- Bayern
- Brandenburg
- Bremen
- Hessen
- Mecklenburg-Vorpommern
- Niedersachsen
- Nordrhein-Westfalen
- Rheinland-Pfalz
- Saarland
- Sachsen
- Sachsen-Anhalt
- Schleswig-Holstein
- Thüringen

**116** Wie lautet der Name der Gemeinde, in der Sie wohnen?

\_\_\_\_\_

**117** Wie viele Einwohner hat der Ort, in dem Sie leben? Sind das... Im Zweifelsfall ist die kleinere Einheit gemeint, z.B. das Dorf und nicht die übergeordnete Verbundgemeinde.

- unter 2.000 Einwohner
- unter 5.000 Einwohner
- unter 20.000 Einwohner
- unter 50.000 Einwohner
- unter 100.000 Einwohner
- unter 500.000 Einwohner
- 500.000 und mehr Einwohner

**118** Über wie viele Handynummern sind Sie persönlich derzeit telefonisch erreichbar, also nutzen Sie zum Telefonieren, egal ob beruflich oder privat?

- Keine (nur Festnetz)  1  2  3  4  5

**119** Über wie viele unterschiedliche Festnetz-Rufnummern mit Ihrer Ortsvorwahl sind Sie selbst zu Hause erreichbar? Damit sind auch alle Rufnummern gemeint, die Sie nicht ständig verwenden (IP-Technik oder ISDN Anschlüsse). Rufnummern, die ausschließlich zu einem Faxgerät oder Computer gehören, sollen nicht mitgezählt werden.

- Keine (nur Handy)  1  2  3  4  5

**Damit sind wir am Ende unserer Befragung angelangt.  
Vielen Dank für Ihre Teilnahmebereitschaft und Geduld!**

#### Korrespondenzadresse

Jennifer Allen  
Robert Koch-Institut  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring  
General-Pape-Str. 62–66  
12101 Berlin  
E-Mail: [AllenJ@rki.de](mailto:AllenJ@rki.de)

#### Zitierweise

Robert Koch-Institut (2021)  
Fragebogen zur Studie Gesundheit in Deutschland aktuell:  
GEDA 2019/2020-EHIS.  
Journal of Health Monitoring 6(3):88–106.  
DOI 10.25646/8560

#### Hinweis

Der Fragebogen darf zu wissenschaftlichen Zwecken und zum Eigengebrauch zitiert, kopiert, abgespeichert, ausgedruckt und weitergegeben werden. Jede kommerzielle Nutzung, auch von Teilen und Auszügen, ist ohne vorherige schriftliche Zustimmung des Robert Koch-Institutes untersagt. Bei Publikationen geben Sie bitte an, dass es sich (teilweise) um Fragen aus dem Fragebogen zur Studie Gesundheit in Deutschland aktuell: GEDA 2019/2020-EHIS des Robert Koch-Instituts handelt.

## Impressum

### Journal of Health Monitoring

#### Herausgeber

Robert Koch-Institut  
Nordufer 20  
13353 Berlin

#### Redaktion

Johanna Gutsche, Dr. Birte Hintzpeter, Dr. Franziska Prütz,  
Dr. Martina Rabenberg, Dr. Alexander Rommel, Dr. Livia Ryl,  
Dr. Anke-Christine Saß, Stefanie Seeling, Dr. Thomas Ziese  
Robert Koch-Institut  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring  
Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung  
General-Pape-Str. 62–66  
12101 Berlin  
Tel.: 030-18 754-3400  
E-Mail: [healthmonitoring@rki.de](mailto:healthmonitoring@rki.de)  
[www.rki.de/journalhealthmonitoring](http://www.rki.de/journalhealthmonitoring)

#### Satz

Kerstin Möllerke, Alexander Krönke

ISSN 2511-2708

#### Hinweis

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die  
Meinung des Robert Koch-Instituts wider.



Dieses Werk ist lizenziert unter einer  
Creative Commons Namensnennung 4.0  
International Lizenz.



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im  
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit